



Georg Thieme Verlag Stuttgart

Die sozialpsychiatrische Prognose der zyklothymen Depression

Eine klinische und soziologische Untersuchung
unter Anwendung statistischer Methoden

von Rolf Baer

6 Abbildungen, 17 Tabellen

Priv.-Doz. Dr. Rolf Baer

Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik mit Poliklinik Erlangen



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Photokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 1975 Georg Thieme Verlag, D-7000 Stuttgart 1, Hardweg 63, Postfach 732 - Printed in Germany -

ISBN: 3 13 523001 5

Inhalt

I. Einleitung	1
1. Fragestellung und Ziele der Untersuchung	1
2. Die Diskussion der Problematik in der neueren Literatur	4
II. Überblick über das methodische Vorgehen	10
1. Auswahl des eigenen Krankengutes und Dokumentation	10
2. Die Vergleichsgruppe	12
3. Soziologische Methoden	12
4. Statistische Methoden	17
III. Aspekte einer Sozialpsychopathologie der zyklotyphen Depression	25
1. Vorbemerkungen	25
2. Der Verlust natürlicher Aktivität	26
3. Der Verlust natürlicher Interaktionsweisen	28
4. Der depressive Gefühlsverlust	31
5. Die Gefährdung der Normen	33
6. Die Relevanzdynamik des endogenen Wertverlustes ..	35
7. Die praktische Bedeutung des Schichtmodells	40
IV. Das eigene Krankengut	43
1. Der erste Untersuchungsabschnitt bei den Kranken .	43
2. Die erste Befragung der Angehörigen	63
3. Die Nachuntersuchungen	82
V. Vergleiche zwischen Zyklotyphen und Schizophrenen ...	95
VI. Diskussion und weitere Interpretation der Ergebnisse	104
VII. Zusammenfassung	119
VIII. Literatur	120
IX. Nachwort	126



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548410_0102

I. Einleitung

=====

1. Fragestellung und Ziele der Untersuchung

Von allen medizinischen Disziplinen ist die Psychiatrie wohl am stärksten schon immer auf die Einbeziehung von Bezugspersonen des Kranken in diagnostische und therapeutische Überlegungen angewiesen gewesen. Neue Probleme entstanden, als die modernen Behandlungsverfahren einerseits erlaubten, gebesserte psychisch Kranke rascher als früher aus den meist noch geschlossenen klinischen Abteilungen nach Hause zu entlassen, andererseits aber nicht verhindern konnten, daß die Eigendynamik der Psychose oder Fehler in der ambulanten Behandlung zu einer baldigen Wiederaufnahme führten. Probleme der Nachbetreuung, Prophylaxe und Langzeitbehandlung standen deshalb neben Fragen nach besonders ungünstigen Umweltkonstellationen im Mittelpunkt wissenschaftlichen und praktischen Arbeitens auf dem sich konstituierenden Spezialgebiet der Sozialpsychiatrie. War man als an dieser Entwicklung teilhabender junger Psychiater eben noch bemüht, im eigenen Arbeitsbereich beizutragen zu einer Verbesserung der Situation der Psychiatrie und der zu betreuenden psychisch Kranken, so mußte man bald erstaunt feststellen, daß - ohne viel eigenes Zutun der Beteiligten - in der Öffentlichkeit, in Presse und Fernsehen scheinbar spontan ein reges Interesse am Gegenstand dieses Bemühens entstanden war. Den Ton gaben jetzt aber die Strömungen an, die ohnehin zur lautesten und schillerndsten Selbstdarstellung neigten; das nüchterne Denken der traditionellen Psychiatrie erwies sich als wenig publikumswirksam.

Auch innerhalb der Sozialpsychiatrie waren es eher die schillernden, sich aufdrängenden Syndrome der Wahnkranken, der abnormen Persönlichkeiten und der Süchtigen, die Interesse und wissenschaftliche Bearbeitung fanden, wenn pathogenetische Überlegungen, Rehabilitationsprobleme, Langzeitbehandlung oder Organisation der Betreuung .

zur Diskussion standen. Das stille Darniederlegen des gehemmt Depressiven war allenfalls ein Zeitproblem. Das erwartete Abklingen der Phase würde dem Kranken von selbst Gelegenheit geben, da wieder anzuknüpfen, wo er vor der Psychose stehengeblieben war. Und der Kranke selbst konnte das wohl auch, wie die Wiedergabe von Selbstschilderungen Zyklothymer durch WEITBRECHT (1973) eindrucksvoll belegt.

Aber ist nach der Heimkehr des genesenen Depressiven für Angehörige, Freunde, Nachbarn und Kollegen wirklich alles wie früher? Die Durchsicht der Literatur offenbart, wie wenig wir hierüber wissen. Die umfangreiche Zusammenfassung der Ergebnisse eines Symposions über " Das depressive Syndrom " (hsg. v. HIPPIUS u. SELBACH 1969) enthält Beziehungen zu nahezu allen Aspekten des Syndroms - nach sozialpsychiatrischer Thematik sucht man vergebens. In einem Sammelreferat " Zyklotymie 1964 bis 1969 " (PETRILOWITSCH u. BAER 1970) geriet das Thema, allein offenbar wenig Stoff bietend, mit einem Nachbarbereich als " Soziale und forensische Fragen " in das letzte Kapitel. Den Mangel an Kenntnissen über die besonderen beruflichen Probleme, die durch die zyklotyme Depression entstehen können, registrierten MICHAELIS u. HORSTMANN (1972). Man darf deshalb wohl feststellen, daß die Sozialpsychiatrie mit ihren vielfältigen geisteswissenschaftlichen Wurzeln noch nicht den rechten Zugang fand zu einer Krankheit, deren biologisches Fundament aus Krankheitsrhythmus, Genetik, Bindung an biologische Krisen, dem vegetativen Teil der Symptomatik und der umweltunabhängigen Konstanz der Erkrankungshäufigkeit so besonders deutlich wird.

Wir haben uns deshalb zum Ziel gesetzt, mit einer umfangreichen und aufwendigen Untersuchung unter Einbeziehung psychopathologischer, soziologischer und statistischer Methoden den bisher ungenügend bearbeiteten sozialpsychiatrischen Problemen der zyklotymen Depression nachzugehen. In einer Einengung des Ansatzes wenden wir das

Hauptaugenmerk der Familie des Depressiven zu, eingedenk der Feststellung von STROTZKA (1965), daß die Familienpsychiatrie eine der klassischen, theoretisch interessantesten und praktisch sinnvollsten Anwendungen der Sozialpsychiatrie darstellt. Vorwiegend interessiert der prämorbid Abschnitt. Der Einfluß der erlebnisreaktiven Verarbeitung von Umweltkonstellationen auf endogene Psychosen wird unter dem Stichwort " Auslösung " von zahlreichen Autoren untersucht. Wir wählen in einer weiteren Einengung des Ansatzes eine postmorbide Fragestellung. Wir versuchen aufzuklären, welche krankheitsüberdauernden Änderungen in den bipersonalen Beziehungen durch die Psychose bewirkt werden. Dazu ist auch eine umfangreiche Darstellung des Einflusses der akuten Psychose auf die bipersonalen Beziehungen erforderlich. Wie beurteilt der gesunde Angehörige den Kranken? Wie vermag er veränderte und erhaltene Bereiche der Persönlichkeit zu erfassen? Wie stellt sich umgekehrt der Angehörige in den Augen des Kranken dar? Welche Probleme ergeben sich in der Nachbehandlungsphase? Welche Umstellungen werden in der Familie vorgenommen? Welche Faktoren wirken sich günstig, welche ungünstig auf die Wiedereingliederung des Genesenen in die Familie aus? Welche Regeln können für die sozialpsychiatrische Prognose angegeben werden?

Diesseits aller Methodik aus Soziologie oder Statistik ist auch der Sozialpsychiater gehalten, seine Fragestellung an der " via regia " der Psychopathologie zu messen. In einer Darstellung der Aspekte einer Sozialpsychopathologie der zylothymen Depression versuchen wir deshalb, die bei zahlreichen Autoren vorhandenen, aber weit verstreuten Ansätze zu sammeln und zu ordnen, die sich mit den das Individuum überschreitenden Bestandteilen des psychopathologisch erfaßten Morbus beschäftigen. Hieran werden die mit quantifizierenden Methoden erzielten Ergebnisse aus unserem Krankengut zu messen sein.

Die bei den Zylothymen und ihren Angehörigen erhobenen Daten gestatten für sich bereits vielfältige Aus-

sagen. Erhärtert werden diese durch Vergleiche mit einer kleineren, mit derselben Methodik gemeinsam mit P. HÄBERL untersuchten Gruppe Schizophrener samt ihren Angehörigen, wodurch die Ableitung spezifischer Eigenarten in den bipersonalen Beziehungen zwischen den Kranken beider Psychosetypen und ihren Angehörigen gelingt.

2. Die Diskussion der Problematik in der neueren Literatur

Das Vorhandensein sozialpsychiatrischer Probleme der Zykllothymie ist natürlich lange bekannt. Fragen wurden aufgeworfen und aus der persönlichen Erfahrung der Autoren mit Beispielen und Interpretationsversuchen belegt. Mit moderner Methodik gesicherte Kenntnisse wurden aber erst zugänglich, als die äußeren Voraussetzungen geschaffen waren.

Während wir bei K. JASPERS (1965) auch in der 8. Auflage der "Allgemeinen Psychopathologie" Hinweise zum Thema vermissen, sieht man von der Feststellung ab, selten gebe es "Antisoziale unter den Kranken des manisch-depressiven Irreseins", hat SCHULTE schon 1957 Reaktionsweisen der gesunden Umwelt auf einzelne seelische Krankheiten beobachtet, während sonst beim Verhältnis von Umwelt und Krankheit im allgemeinen die Abhängigkeit eines Leidens von Milieufaktoren von Interesse ist. Die Skala der Reaktionen wird nach SCHULTE (1957) bestimmt

- von der Struktur des gesunden Partners,
- der Ausgangsstruktur des Kranken,
- Sympathie- und Antipathiegefühlen
- und im Mittelpunkt von der Krankheit als reaktionsbestimmendem Faktor.

Für endogene und reaktive Depressionen wird eine unterschiedliche Umweltabhängigkeit festgestellt. Je umweltstabiler eine Krankheit ist, desto weniger vermag sie die

Umwelt gleichsinnig zu beeindrucken. Sie wird dann ein unbegreifliches Unglück ohne sympathetisches Mitschwingen. Beim Darniederlegen der Vitalgefühle des Melancholischen gibt es keine Induzierung. Die Umwelt wird allenfalls gelähmt, gereizt, verärgert und verzweifelt. Im Beginn der Psychose entsteht oft die offene oder geheime Zweifelsfrage, ob nicht der Betroffene doch einer solchen Verstimmung Herr werden könnte, wenn er nur mehr Energie entfaltete. Nach vergeblichen Versuchen, den Kranken zu ermuntern, legt sich die Hemmung wie eine Last auf die Umwelt. Wird der Zustand als Krankheit gewertet, folgt Erleichterung und objektivierende Distanzierung. Wie SCHULTE 1958 ergänzt, ist diese aber niemals gesicherter Besitz. Die Melancholischen brauchen nur ihre Tagesschwankungen oder das Phänomen erkennen zu lassen, daß sie sich in fremder Umgebung so sehr anregen lassen, daß ihnen niemand die Depression anmerkt, und schon schleicht sich jener Verdacht wieder ein, ob nicht womöglich doch mehr oder weniger " hysterische " Züge vorliegen. Im übrigen verkehrt sich ohnehin im Stadium der abklingenden Depression die vielbetonte Umweltstabilität melancholischer Abläufe in das Gegenteil einer erhöhten Umweltlabilität, wie SCHULTE 1969 in zwei weiteren Arbeiten feststellt. Diese Anfälligkeit kommt dann zum Ausdruck, wenn der Rekonvaleszent nur im geringsten Zurücksetzungen, Verkennungen und Spannungen herausspüren zu müssen meint, wenn er Gesetzmäßigkeiten des Prestiges, der Kompetenz und Prävalenz verletzt und sich Entscheidungen, Entschlüssen und Erwartungen ausgesetzt sieht, die er glaubt, nicht erfüllen zu können. Dabei liegt es in seinem Wesen, daß er sich nicht auf ein etwas niedrigeres Leistungsniveau einzustellen vermag. Und schließlich wird die Situation dadurch kompliziert, daß sich die Umweltverhältnisse unter dem Eindruck einer prolongierten phasischen Erkrankung tatsächlich zu verschieben pflegen. Rollen werden neu besetzt und die Umwelt wird mit Blick auf den Kranken selber mürber, gereizter, empfindlicher, kritischer und ist immer weniger in der Lage, eine unbefangene belebende Atmos-

sphäre für den Patienten zu vermitteln (SCHULTE 1969).

Auf dieses Wechselwirkungssystem zwischen Krankheitszustand und Lebenssituation weisen auch WIECK und HEER-KLOTZ (1971) hin: " Diese Einengung der inneren Möglichkeiten muß sich auf die Lebenssituation auswirken. Die Leistungen lassen nach, die persönliche Ausstrahlungskraft wird matter, worunter der Kranke zunehmend leidet, zumal da er die Reaktion der Umwelt auf sein Versagen unmittelbar erlebt. Mit sich verringernder Belastbarkeit wachsen gewöhnliche Aufgaben zu unüberwindlichen Hindernissen an. "

Mit Blick auf diese Probleme fragt auch IRLE (1967), was wir eigentlich wissen über die Stellung eines Depressiven in seiner Familie und in seinen weiteren Beziehungsbereichen? Wie wird er eingeschätzt und was erwartet die Umgebung von ihm? Wie müssen die Wahnhinhalte des Depressiven aussehen, damit sie ihn als Kranken auszeichnen, oder wann gilt er als " verrückt ", als lästig oder als des Mitgefühls würdiger Leidender? Unterschiede in der Stellung des Genesenen in der Familie könnten in Abhängigkeit von der Zahl der bereits durchgemachten Phasen bestehen oder vom Vorangehen einer längeren subdepressiven Phase herrühren. Schließlich weist IRLE auf die Widerstände ersparende, dennoch vorhandene " relative Beliebtheit " des Depressiven hin.

Den folgenden Autoren verdanken wir über die grundsätzlichen Erörterungen hinausgehende, unserem Ansatz methodisch bereits verwandte Untersuchungen zu Einzelfragen der diskutierten Problematik. SPIEGELBERG und BETZ (1970) prüften im Rahmen klinisch-statistischer Untersuchungen das " Sozial- und Erlebnisfeld bei Neurosen und Psychosen " und fanden, daß Psychose-Kranke trotz allem von schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen, beruflichen Schwierigkeiten und zwischenmenschlichen Problemen signifikant geringer belastet wurden. JAECKEL und WIESER (1970) berühren

in ihren Untersuchungen über " Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit " am Rande auch unsere Zyklotymie-Problematik. Im Rahmen einer repräsentativen Meinungsumfrage über das Bild, das sich die Bremer Bevölkerung vom " Geisteskranken " macht, wurden Vergleiche gezogen zwischen den Vorstellungsinhalten, die mit den Begriffen " Geisteskrankheit " und " Gemütskrankheit " verbunden sind. Da wir uns in unserer eigenen Untersuchung intensiv der Frage zugewandt haben, wie die Kranken durch die Angehörigen beurteilt werden, registrieren wir besonders, daß nach den Ergebnissen von JAECKEL und WIESER Geisteskrankheit in den Augen der Normalbevölkerung als eine Störung gilt, die erbliche, konstitutionelle und organische Ursachen hat, eine festgefügte eigene Gesetzmäßigkeit aufweist und kaum zu beeinflussen ist. Gemütskrankheiten hingegen gelten als durch Umwelteinflüsse, schwierige Verhältnisse, persönliche Krisen und Enttäuschungen bedingt, als entsprechend akut, aber vorübergehend und als behebbar durch Abänderung dieser Bedingungen. Dem Publikum erscheint die Sachlage beim Gemütskranken durchsichtiger, wobei dieser Begriff mit der zyklotymen Depression gleichgesetzt werden darf. Einige der Befragten hoben ausdrücklich hervor, daß der Gemütskranke im Unterschied zum Geisteskranken "im Kopf klar, geistig voll da" ist und daß er "weiß, was er tut". Entscheidend dürfte sein, daß die Verständigungsmöglichkeit gewährleistet bleibt, daß die Handlungen einen für andere verstehbaren Ursprung haben und beim Patienten " eine Erkenntnis der Lage " vorhanden ist. Gemütskranke wurden als nicht wirklich gefährlich beurteilt, sondern nur als selbstgefährdet.

Die wichtigen Untersuchungen und Theorien von JAECKEL und WIESER werden wir nach Darstellung unserer eigenen Methoden, Untersuchungen und Überlegungen nochmals bei der Interpretation unserer Befunde aufgreifen. Der kurze Überblick sollte zeigen, an welche Erfahrungen von Psychiatern und Soziologen wir mit unserem Ansatz anknüpfen

in dem Bemühen, hinter den vielfältigen Eindrücken eventuell vorhandene und für die betrachteten Krankheitseinheiten mehr oder weniger spezifische Regelmäßigkeiten nachzuweisen.

Die Verflechtung pharmakotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Aufgabenstellungen wurde einleitend bereits erwähnt. Wenden wir uns noch kurz diesem Problemkreis zu. Kehrt ein teilremittierter Kranker in der ausklingenden zylothymen Phase in die Familie zurück, so hat diese eine doppelte, nämlich morbogene und pharmakogene Veränderung des Angehörigen zu bewältigen. Es ist nicht selbstverständlich, daß eine Dosierung, die im Sinne der " Auslöschung von Zielsymptomen " erforderlich ist, auch unter sozialpsychiatrischen Aspekten optimal ist. Gerade eine anxiolytisch-dämpfende oder mild-neuroleptische Therapie wirkt sich oft gegen Abend so sedierend aus, daß der Kranke aus dem Tagesrhythmus der Familie ausschert, obwohl die typischen Tagesschwankungen des Depressiven ihn doch am Abend für Stunden dem unbeschwerteren Leben wiedergeben könnten. Es ist zu prüfen, wie die Familie hierauf reagiert. Zwei Möglichkeiten sind vorläufig denkbar: Der Patient wird in der Rolle des Kranken, Medikamente Nehmenden, nicht leistungsfähigen Erschöpften fixiert oder man rät zur Dosisreduzierung. E. KLUGE (1967) bemerkt treffend, die Zylothymen " kommen öfter aus den Anstalten nach draußen wie in das kalte Wasser " und sieht eine Schwierigkeit darin, " daß die Depressiven im Gegensatz zu den Schizophrenen ihre Mittel nicht gerne einnehmen, weil sie die Nivellierung durch das Pharmakon so schwer empfinden ". Spontane Dosisreduzierungen durch den Kranken können hier ihre Ursache haben.

PETRILOWITSCH (1968) stellt fest, daß sich die therapeutischen Effekte der Psychopharmaka mehr auf die Intensität als auf die Dauer des Krankheitsprozesses auswirken. " Die inkomplette Restauration des kranken Menschen, der lange in symptomarmen Übergangsstadien verharret,

birgt die Gefahr von Kipp- und Frührezidiven und Remanifestationen der Krankheitsvorgänge in sich." . Persönlichkeitseigene und konstellativ-situagene Faktoren gewinnen vorzugsweise im Rahmen blander Vitaldepressionen, subdepressiver und dysthymen Verstimmungen an Bedeutung. " In den pharmakogen mitbedingten Intermediärphasen werden sowohl Konfliktspannungen aktualisiert, denen in gesunden Zeiten ein Gegenwartsbezug nicht mehr zukam, als auch extrapsychotische Konfliktlagen akzentuiert, die im akuten Krankheitsstadium latent geblieben sind ". PETRILOWITSCH (1968) fordert deshalb eine sorgfältige Koordination medikamentöser, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Maßnahmen in diesem Stadium der Erkrankung. Dem Therapeuten fällt dabei die Rolle des Moderators zu, der den Kranken behutsam dazu bewegen soll, eine vorläufige " Randposition " auch innerlich zu akzeptieren und nicht vorschnell auf eine völlige Restauration der früheren Verhältnisse zu drängen. Es gilt deshalb für uns, zu überprüfen, wie sich hierbei falsche Weichenstellungen sozialpsychiatrisch auswirken. Wir haben auch der Frage nachzugehen, von welcher " Schwelle pharmakogener Symptomereduzierung " ab die Angehörigen eine Restinsuffizienz des Kranken zu Unrecht als Versagen werten und mit Vorwürfen ahnden, von welchem Remissionsstadium ab er den schützenden " Vorzug " der Krankenrolle nicht mehr in Anspruch nehmen darf.

II. Überblick über das methodische Vorgehen

1. Auswahl des eigenen Krankengutes und Dokumentation

Das Krankengut besteht aus 60 Zykllothym-Depressiven, die in der Zeit von März 1972 bis April 1973 stationär in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen behandelt worden sind und über einen für uns erreichbaren nahen Angehörigen verfügten. Es wurden keinerlei weitere Auslesekriterien angewandt. Alle Kranken wurden zu Beginn ihres Aufenthaltes in einem ersten Untersuchungsabschnitt vom Autor persönlich untersucht. Die männlichen Kranken wurden zudem auch vom Autor selbst behandelt. Depressive Syndrome, die nicht eindeutig einer Zykllothymie zugeordnet werden konnten, wurden ausgesondert. Mit Rücksicht auf die Tagesschwankungen im Beschwerdebild und im Hinblick auf den in die Untersuchung eingebauten Depressionsfragebogen nach BECK (1961) fanden alle Untersuchungen der Kranken am Nachmittag statt. Die 60 Angehörigen wurden zu den üblichen Besuchszeiten auf der Station, aber in Abwesenheit der Kranken befragt. Im Januar 1973 wurde begonnen, die ersten inzwischen teil- oder vollremittierten und aus der stationären Behandlung entlassenen Kranken mit den damals befragten Angehörigen zu einer kurzen ambulanten Nachuntersuchung wieder einzubestellen. Nur wenige Kranke kamen auf das erste vorgedruckte Schreiben hin. Die übrigen wurden mit einem nicht vorgedruckten persönlichen Brief unter Hinweis auf die Wichtigkeit ihres Erscheinens abermals in die Klinik gebeten. Nachdem sich herausgestellt hatte, daß auch auf diese Weise nicht alle Kranken nachuntersucht werden konnten, wurde dieser zweite Untersuchungsabschnitt nach erfolgter Nachuntersuchung von 30 Kranken samt ihren 30 Angehörigen beendet.

Zur Dokumentation wurden vier gesonderte Fragebögen verwandt, zwei für Kranke und Angehörige des ersten Untersuchungsabschnittes und zwei für Kranke und Angehörige

ge des zweiten Untersuchungsabschnittes. Die Konstruktion der Fragebögen war maschinengerecht zur Übertragung auf Lochkarten. Für die vier Fragebögen eines Falles wurden auf sechs Lochkarten 395 Spalten belegt.

Fragebogen 1 galt der Erstuntersuchung des Kranken und enthielt Angaben zur Person, die psychiatrische Anamnese, die frühere und zum Untersuchungszeitpunkt laufende Therapie, den BECK-Fragebogen, die wesentlichen familiären und beruflichen Daten, verschiedene, unter soziologischen Gesichtspunkten gezielt gestellte Fragen und schließlich die Polaritätsprofil-Formulare, mit denen Kranke und Angehörige sich wechselseitig beurteilten.

Fragebogen 2 galt der Erstbefragung des Angehörigen. Es wurde versucht, die Reaktionen des gesunden Angehörigen auf die Psychose zu erfassen. Daneben wurde eine Beurteilung des Kranken mit dem Polaritätsprofil gefordert.

Im zweiten Untersuchungsabschnitt wurden mit Fragebogen 3 inzwischen eingetretene Verlaufsbesonderheiten erfaßt, die seitherige Therapie und die behandelnden Ärzte wurden registriert, mit dem BECK-Fragebogen wurde die aktuelle Depressionstiefe bestimmt und schließlich wurde dem teil- oder vollremittierten Kranken abermals der soziologische Untersuchungsteil der Erstuntersuchung vorgelegt, um Änderungen in Abhängigkeit von der Intensität der Psychose zu erfassen.

Diese Fragestellung lag auch Fragebogen 4 für die Angehörigen im zweiten Untersuchungsabschnitt zugrunde. Sie sollten den teilweise oder ganz Genesenen beurteilen. Es galt zu prüfen, welche negativen Einstellungen die Psychose überdauerten.

Alle Daten wurden vom Autor selbst erhoben und von

ihm auf Lochkarten übertragen. Die Berechnungen erfolgten auf der CD 3300 im Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg. Herr Diplom-Psychologe S. LEHRL leistete dabei außerordentlich wertvolle Hilfe.

2. Die Vergleichsgruppe

Eine Fülle von Aussagen ließ sich treffen durch Vergleiche innerhalb des Krankengutes der Zyklotyphen während der akuten Psychose, im Nachuntersuchungsabschnitt und durch Gegenüberstellung mit den bei den Angehörigen zu beiden Zeitpunkten erhobenen Daten. Wichtige Aussagen, zum Beispiel über den Autismus in den bipersonalen Beziehungen der Depressiven, gewannen ihr besonderes Gewicht aber erst durch Vergleiche dieser Krankengruppe mit Kranken und ihren Angehörigen, die bei anderem Morbus mit gleicher Methodik und unter gleichen äußeren Bedingungen und Auswahlkriterien untersucht wurden. Als Vergleichsgruppe untersuchte P. HÄBERL deshalb 30 im Jahre 1973 in der Universitäts-Nervenklinik Erlangen stationär behandelte Schizophrenen und ihre Angehörigen. Die 15 männlichen Kranken aus dieser Gruppe wurden vom Autor selbst mituntersucht und stationär behandelt. Wiederum wurden die Kranken während der akuten Erkrankung und die Angehörigen im Rahmen eines Besuches in der Klinik getrennt mit zwei Fragebögen untersucht, die unseren Fragebögen 1 und 2 entsprachen. Insbesondere die Polaritätsprofil-Formulare waren gleichlautend, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Auf eine Nachuntersuchung der Schizophrenen wurde verzichtet. Von dieser wären ohnehin bei den zahlreichen chronischen Verläufen keine gravierenden neuen Gesichtspunkte zu erwarten gewesen, hätte man nicht einen sehr späten Nachuntersuchungszeitpunkt angesetzt.

3. Soziologische Methoden

Der Umfang der sozialpsychiatrischen, sozialpsycho-

logischen und soziologischen Literatur ist so groß, daß an dieser Stelle nur versucht werden kann, denjenigen roten Faden sichtbar zu machen, der den Beitrag der Soziologie zu unserer Fragestellung darstellen soll. Dabei sollen die von uns angewandten Methoden ausführlicher beschrieben werden.

Mit der Feststellung von IRLE (1967) im Rahmen seines bereits erwähnten Beitrages, daß Ehefrauen depressiver Männer vorübergehend das Steuer der Familie in die Hand nehmen müssen, dann aber manchmal den Mann aus seinem Zustand passagerer Hilflosigkeit nicht mehr entlassen möchten, sind wir mitten in Fragen der Familiensoziologie. Einige Grundbegriffe und Gesetzmäßigkeiten aus der empirischen Sozialforschung müssen deshalb eine kurze definitiorische Darstellung erfahren.

In einer Übersicht über die Soziologie der Familie definiert R. KÖNIG (1969) die Kernfamilie als die Gruppe von Mann und Frau mit ihren unverheirateten und unmündigen Kindern. Ein unerläßliches Mittel zur strukturell-funktionalen Analyse der Familie ist die Interaktionsanalyse, welche die Interaktionen der verschiedenen Familienmitglieder untereinander erfaßt. Der Ansatz leitet über zu einer Gruppentheorie der Familie, wobei die Familie als Gruppe sich dadurch auszeichnet, daß ihre Mitglieder durch starke Gefühle miteinander verbunden sind. Dem älteren Begriff " Primärgruppe " zieht R. KÖNIG die Bezeichnung " Intimgruppe " vor. Für unsere Fragestellung bedeutsam sind diese Zusammenhänge bei der desorganisierten Familie, worunter R. KÖNIG einen Zustand der abnehmenden Kontakte der Mitglieder mit entsprechendem Mangel an sozialer Kontrolle versteht. Für die Theorie der Desorganisation der Familie stellt R. KÖNIG zwei Hypothesen auf:

- die Familie ist desorganisiert, wenn ihr Gruppencharakter durch Ausfallserscheinungen im personalen Inventar gelockert ist;
- die Familie ist desorganisiert, wenn ihr Charakter als Intimgruppe durch Störung ihrer emotionalen Struktur

gefährdet ist. Das gilt auch bei Vollständigkeit der Familie.

Die zweite Hypothese wird im Zusammenhang mit der psychotischen Erkrankung eines Familienmitgliedes zu überprüfen sein. Nicht ohne Bedeutung für die sozialpsychiatrischen Auswirkungen dürfte sein, in welches Stadium des Familienzyklus im Sinne einer strukturellen Gliederung des Lebensablaufs einer Familie die Psychose eines Angehörigen fällt. R. KÖNIG nennt als ersten Schritt der Strukturierung der Familie die Rollenwandlung der Verlobten zum Ehepaar, woran sich die Rolle des Elternpaares anschließt. Nach Heirat der Kinder erfolgt ein neuer Rollenwandel vom Elternpaar zurück zum Ehepaar "mit" Kindern, der nicht immer gelingt. Die Dauer dieser letzten Phase hängt von der durchschnittlichen Lebenserwartung von Mann und Frau ab.

Überorganisation der Familie bedeutet nach R. KÖNIG, daß sich etwas der " naturgemäßen " Auflösung und Lockerung der Familienbande in den Weg stellt und die Familienorganisation auch dann noch aufrecht erhält, wenn die " natürlichen " Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind. Die wichtigste Form der Überorganisation rührt aus übermäßiger mütterlicher Sorge (maternal overprotection) her. Aus dem klinischen Alltag sind die schwierigen Mütter schizophrener Söhne wohl jedem Psychiater bekannt. Nach demographischen Ergebnissen bleibt bei der Überwältigten Mehrheit aller Fälle der Unvollständigkeit der Familie die Restfamilie um die Mutter zentriert. Es wird in unserem Krankengut deshalb die Hypothese zu überprüfen sein, daß die sozialpsychiatrischen Auswirkungen einer psychotischen Erkrankung auf die Familie auch davon abhängen, ob Vater oder Mutter betroffen sind.

Eine Bedeutungsanalyse von Vorstellungen ermöglicht das bereits erwähnte Polaritätsprofil (OSGOOD et al. 1957,

HOFSTÄTTER 1957, 1967). Diese Methode verlangt vom Probanden die Einstufung eines Begriffes oder Gegenstandes der Anschauung auf einer Reihe von Polaritäten, die zu diesem Gegenstand meist in keinem sachlichen, wohl aber in einem möglichen assoziativen Bezug stehen. Der quantitative Vergleich von Profilen mit Hilfe der Korrelationsrechnung gestattet Angaben über die subjektive Ähnlichkeit zwischen Gegenständen. Die Matrix der Ähnlichkeitskorrelationen zwischen mehreren Beurteilungsgegenständen läßt sich dann faktorenanalytisch untersuchen. Mit dieser Methode untersuchte NUNNALLY (1961) die Einstellung der Bevölkerung zum " Geisteskranken ". Dieser schnitt erwartungsgemäß im Vergleich zum Bild vom " Durchschnittsmenschen " schlecht ab und wurde als wertlos, gefährlich, kalt, unberechenbar, unaufrichtig oder unzuverlässig eingeschätzt. Wir werden mit dieser Technik Einstellungen zwischen unseren Kranken und ihren Angehörigen wechselseitig zu erfassen suchen. An die Ergebnisse von NUNNALLY anknüpfend, stellen JAECKEL und WIESER (1967) fest, daß die Distanzierung der Bevölkerung vom " Geisteskranken " eine besonders umfassende, alle Lebensbereiche ergreifende ist, wie der Vergleich mit anderen " mißliebigen Minderheiten " zeigt. Die fast totale Blockade führt zur aktiven Distanzierung, denn " die fehlende rationale und emotionale Verstehbarkeit seiner Erlebnisswelt und die Uneinigkeit über ihren Bezugsrahmen, über die Wirklichkeitsauffassung, entziehen der Verständigung über den Sinn des beiderseitigen Handelns den Boden ". Inwiefern demgegenüber der " Gemütskranke " bessere Bedingungen vorfindet, wurde schon angedeutet und wird weiter zu prüfen sein.

Während die Untersuchung des Patienten den Regeln der psychiatrischen Exploration zu folgen hätte, war es sinnvoll, der Befragung der Angehörigen die Erfahrungen soziologischer Interviewtechnik zugrunde zu legen. SCHEUCH (1967) nennt in einem Überblick das Interview das heute wichtigste Instrument der Sozialforschung und definiert

den Begriff als " ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlaßt werden soll ". Durch Fragebögen wird der Forderung nach Unabhängigkeit des Ergebnisses von der Erhebungsperson und demgemäß der Wiederholbarkeit des Ergebnisses am einfachsten Rechnung getragen. Die Fragen sollen eindeutig sein, den Interviewten nicht überfordern, neutral bzw. nicht suggestiv sein und frei von impliziten Wertungen, da diese Scheinkorrelationen bewirken. Verlässlichkeit und Gültigkeit beschreiben den Obergriff Genauigkeit des Interviews. Unter Verlässlichkeit (Reliabilität) versteht man die Stabilität eines Ergebnisses bei wiederholten Messungen, Gültigkeit (Validität) ist demgegenüber die Eigenschaft eines Ergebnisses, das tatsächlich wiederzugeben, was beobachtet und gemessen werden soll. In seiner Übersicht gibt SCHEUCH Regeln an, von denen die für unsere Fragestellung wichtigsten genannt seien: Zur Verlässlichkeit von Interviewdaten wird festgestellt, daß qualitative Merkmale tendenziell stabiler erscheinen als quantitative Merkmale. Auf die Probleme des Arbeitens mit qualitativen Merkmalen werden wir im statistischen Teil zurückkommen. Angaben über das bloße Vorkommen von Ereignissen sind stabiler und speziell unabhängiger von der Person des Interviewers als Angaben über Häufigkeiten. Je größer die emotionale Besetzung eines Themas für den Befragten ist, desto stabiler sind die Angaben selbst angesichts verzerrender Einflüsse. Je marginaler die Situation des Antwortenden ist, desto geringer ist die Verlässlichkeit. Die Angehörigen unserer Kranken stehen überwiegend nicht in einer marginalen Situation. Zur Gültigkeit von Interviewdaten sei für unsere Fragestellung festgehalten, daß eine abnehmende Gültigkeit in der Reihe Tatsachenfragen, Beurteilungsfragen, Einstellungsfragen und Meinungsfragen besteht. SCHEUCH verallgemeinert: " Die Gültigkeit der Antwort ist immer dann gefährdet, wenn die an sich vom Be-

fragten gemeinte Information von seiner Vorstellung über die soziale Annehmbarkeit einer Antwort abweicht."

4. Statistische Methoden

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die in der vorliegenden Arbeit angewandten statistischen Methoden gegeben. Dabei werden die Beziehungen zwischen den psychopathologischen und soziologischen Sachfragen und den zur Anwendung gelangten statistischen Testverfahren besonders beleuchtet. Die Darstellung lehnt sich an die von L. HORBACH und H.J. JESDINSKY erarbeiteten Empfehlungen an. +)

Die Kasuistik besteht aus 180 Personen (60 Zykllothyme mit 60 Angehörigen, 30 Schizophrene mit 30 Angehörigen). Diese Kasuistik wird deskriptiv dargestellt; darüberhinaus werden aber auch Sachhypothesen statistisch überprüft (Kapitel IV und V).

Die sachliche Fragestellung beruht auf der Erfahrung, daß psychische Störungen Auswirkungen auf die zwischenmenschlichen Beziehungen haben. Wir engten diese Fragestellung in unserer Untersuchung ein auf die Überprüfung der Auswirkungen der zykllothymen Depression auf die Beziehungen zwischen Kranken und nahen Angehörigen. Ätiologische oder therapeutische Aussagen wurden nicht beabsichtigt. Vor Beginn der Untersuchung wurden der Planung folgende Sachhypothesen zugrundegelegt:

- Symptome der zykllothymen Depression werden von den Angehörigen registriert und gehen in Einstellungen gegenüber der Persönlichkeit des Kranken ein.
- Mit dem Wandel der Symptomatik wandeln sich diese Einstellungen.
- Es kommt nicht nur zum sachlichen Registrieren von Krankheitszeichen, sondern auch zu wertenden Stellungnahmen.
- Unterschiedliche Krankheitsbilder führen zu unterscheidbaren Einstellungen.

Es gilt jetzt darzustellen, mit welchen statistischen Methoden diese Hypothesen überprüft wurden.

+) L. HORBACH und H.J. JESDINSKY: Empfehlung für die Darstellung statistischer Auswertungen in klinischen Veröffentlichungen aufgrund von Diskussionen in der Arbeitsgruppe "Statistische Methoden" der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik (GMDS) 1973.

Die Auswahl des Krankengutes und die Dokumentation auf 4 Fragebögen mit zusammen 46 Seiten wurde in Kapitel II, 1 unter Angabe des Inhaltes dieser Fragebögen bereits beschrieben. In Teile der Fragebögen wurden Daten zur Biographie, Anamnese und Therapie eingetragen, einzelne Skalen und Formulare wurden aber dem Probanden direkt zur Beantwortung vorgelegt. Es wurden nur die notwendigsten neutralen Anweisungen dabei gegeben. Da wir über die in Kapitel II, 1 genannten Kriterien hinaus jede Auslese vermeiden haben, trat gelegentlich die Schwierigkeit auf, intellektuell mäßig begabten Probanden z.B. die Bedeutung des Begriffs "taktvoll" (Abb. 2, S. 54) zu erklären. Auch bereitete es gelegentlich Mühe, zu erfassen, daß manche Skalen eine Abstufung enthalten, auf der man sich auf ein bestimmtes Niveau festlegen mußte (z.B. Tab. 9, S. 66). Im übrigen wurde die Art der Skalen und Tests bereits unter soziologischen Gesichtspunkten in Kapitel II, 3 dargestellt unter Berücksichtigung der Probleme der Interviewtechnik. Ziel dieser Teile der Untersuchung war es, die Einstellungen und wertenden Stellungnahmen zu erfassen.

Durch eine Nachuntersuchung (Kap. IV, 3) von Zyklotyphen und Angehörigen wurde die Hypothese überprüft, daß der Wandel der Symptomatik einen Wandel der Einstellungen bewirkt, und zwar sowohl des Angehörigen gegenüber dem Kranken als auch umgekehrt. Die Abhängigkeit dieser Einstellungen von der Art der Erkrankung wurde durch die Untersuchung einer Vergleichsgruppe überprüft (Kap. II, 2 und V). Unter statistischen Gesichtspunkten ist festzuhalten, daß sich das ansonsten bewährte Verfahren einer paarweisen Zuordnung zwischen den beiden Stichproben verbot. Durch frühes Erstmanifestationsalter und Unterschiede im Familienstand und beruflichen Bereich wiesen beide Stichprobe eine unterschiedliche Struktur auf. Durch gleiches Untersuchungsprogramm und gleichen Untersuchungszeitraum mit einheitlichem Dokumentationsschema waren aber gleiche Beobachtungs- bzw. Meßbedingungen gegeben. Beide Stichproben kamen aus dem Einzugsgebiet unserer Klinik und hatten als weiteres gemeinsames Merkmal die stationäre Behandlungsbedürftigkeit einer endogenen Psychose. Durch zufällige Auswahl aus derselben Population in der Reihenfolge der Aufnahmen ohne Auslesebedingungen

der unterschiedlichen Struktur beider Stichproben erfolgten zwischen den Zykllothymen und Schizophrenen keine rechnerischen Vergleiche. Da nur die Gruppe der Zykllothymen mit 60 Kranken eine für eine Faktorenanalyse ausreichende Fallzahl aufwies, wurden bei den 30 Schizophrenen keine multivariaten Verfahren angewandt.

Den in den Abbildungen 2 bis 6 dargestellten Kurven liegen Berechnungen der Mediane für jede Variable zugrunde. Der Median ist derjenige Wert in der nach der Größe der Einzelwerte geordneten Reihe, welcher die Reihe halbiert. Er findet, wie in unserem Falle, auf Reihen Anwendung, die sich als Abstufungen von Intensitätsgraden darstellen (WEBER 1967). Waren die Stichproben unabhängig, z.B. bei dem Vergleich zwischen Männern und Frauen (S. 57), so wurden für jede Variable die Unterschiede zwischen den Werten bzw. Kurven mit dem Chi-Quadrat-Verfahren überprüft. Bei abhängigen Stichproben, z.B. bei Erst- und Nachuntersuchung derselben Kranken, wurde der McNEMAR-Test durchgeführt (z.B. S. 94).

Bezüglich des Signifikanzniveaus hielten wir uns an die verbreitete Vereinbarung, ein Ergebnis dann als statistisch signifikant zu bezeichnen, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1% war; betrug sie weniger als 5%, sprachen wir von einem statistisch auffälligen Ergebnis. Bei Überschreitung der 5%-Grenze wurde angenommen, daß das Ergebnis zufällig zustande gekommen war. Alle Fragestellungen waren zweiseitig. Die Zweiseitigkeit ist aus den Abbildungen schon unmittelbar zu ersehen, indem die dargestellten Kurven sich mehrfach schneiden.

Die in den Polaritätsprofilen gewählten Begriffe enthalten für Psychologen, Soziologen und Psychiater eine gewisse Vertrautheit. Unter soziologischen Gesichtspunkten wurde bereits in Kapitel II, 3 unter Bezugnahme auf die erwähnte Literatur dargestellt, daß schon lange Erfahrungen bestehen in der Auswertung von Polaritätsprofilen mit dem Verfahren der Faktorenanalyse. Es besteht dadurch eine gewisse Sicherheit in der Handhabung dieser Technik einschließlich der Wege einer Interpretation der Ergebnisse. Die von uns extrahierten Faktoren

(z.B. S. 75) bestärken uns in der Annahme, daß mit den für das Polaritätsprofil gewählten Variablen der Merkmalsbereich ausreichend überdeckt wurde. Zu diesem Schluß berechtigt auch die widerspruchsfreie Entsprechung zwischen psychopathologischen, soziologischen und statistischen Modellen (Kap. VI).

Eine ausführliche Darstellung der Faktorenanalyse kann hier nicht erfolgen (ausführliche Darstellung: BOCHNIK 1963, BOCHNIK et al. 1964, 1965, HASELOFF und HOFFMANN 1970, HOFSTÄTTER 1957, 1967, UBERLA 1971). Einige sich auf die vorgenannte Literatur stützende Hinweise auf das Wesen dieser Methode sollen überleiten auf die Besonderheiten im Rahmen der Anwendung bei unserer Untersuchung.

Während die gewohnten statistischen Testverfahren der Überprüfung von Hypothesen dienen, ist die Faktorenanalyse eine Methode, die Hypothesen hervorbringt. Das faktorenanalytische Modell geht von der Annahme aus, daß das in einer Beobachtungsreihe Meßbare oft eine Erscheinungsform von Größen ist, die im Hintergrund stehen, einer direkten Beobachtung nicht zugänglich sind, aber auf rechnerischer Ebene bewirken, daß in einer Korrelationstabelle mehrere Variable eng verknüpft sind. Diese "aus dem Hintergrund" wirkenden Größen werden Faktoren genannt. Es handelt sich dabei um auch mathematisch definierbare Größen, die aus den Beobachtungen rechnerisch abgeleitet werden. Das Hauptziel der Faktorenanalyse ist somit die Ableitung hypothetischer Größen oder Faktoren aus einer Menge beobachteter Variabler. Diese Faktoren sollen die Beobachtungen hinreichend genau beschreiben und erklären. Die Faktorenanalyse ist besonders in Bereichen indiziert, in denen eine Manipulation von Variablen nicht möglich ist, aus Untersuchungen am Menschen gewonnene psychologische oder soziologische Daten unverändert hingenommen werden müssen. Sie ist geeignet, reichhaltiges Beobachtungsgut mit komplexer Struktur zu ordnen.

Aus einer Datenmatrix wird eine Korrelationsmatrix berechnet, der für jede Variable zu entnehmen ist, wie hoch sie mit jeder anderen Variablen korreliert. Nach Lösung von im einzelnen hier nicht zu beschreibenden Hauptproblemen der Faktorenanalyse kommt es schließlich zur Schätzung von Faktorwerten für

jede Person, also zur Beschreibung der Beziehungen zwischen den "Größen im Hintergrund" und unseren unter einem bestimmten Aspekt untersuchten Kranken.

Dabei sind die verschiedenen Faktoren mit unterschiedlichem Gewicht am Auftreten einer jeden beobachteten Variablen beteiligt. Die Faktorenladungen geben dabei den Zusammenhang zwischen den beobachteten Variablen und den Faktoren an. Die Faktorenanalyse führt über eine Korrelationsmatrix zu einer Matrix von Faktorenladungen.

Eine Korrelationsmatrix wird durch eine Diagonale, gebildet durch die Selbstkorrelationen der Variablen miteinander, in zwei spiegelbildliche Dreiecksmatrizen, eine obere und untere, geteilt. Für die Selbstkorrelationen werden in der Faktorenanalyse die Kommunalitäten eingesetzt. Rechnerisch ergeben sie sich als Summe der Quadrate der Ladungen (d.h. der Gewichtszahlen) der gemeinsamen Faktoren einer Variablen. Als Beispiel verweisen wir auf Tabelle 12 auf Seite 79.

Im mathematisch-geometrischen Modell ist die Lage der Koordinaten des Bezugssystems zunächst nur eine Folge der statistischen Setzungen, womit nicht automatisch eine optimale Beschreibung des Sachproblems verbunden ist. Es ist deshalb oft zweckmäßig, das Koordinatensystem unter Beibehaltung des Null-Punktes einer Rotation zu unterziehen, und zwar so lange, bis die Gewichtszahlen sich so verändert haben, daß die Faktoren zufriedenstellend gedeutet werden können.

Bei der Hauptkomponenten- oder Hauptachsenmethode ("principal components", HOTELLING) gilt es, von den unendlich vielen Koordinationssystemen, mit denen ein von Variablen gebildeter Punktschwarm (im dreidimensionalen Raum im allgemeinen ein Ellipsoid)

nige zu finden, bei dem der längste Durchmesser des Ellipsoids die erste Hauptachse ist, während die zweite Hauptachse vom längsten Durchmesser einer Ebene gebildet wird, die senkrecht zur ersten Hauptachse liegt und durch den Schwerpunkt des Systems geht und schließlich die dritte Hauptachse im dreidimensionalen Fall die Senkrechte zur ersten und zweiten Achse im Schwerpunkt darstellt. Nach ÜBERLA (1971) bringt die Verwendung von Ordinalskalen statt der Intervallskalen in der Faktorenanalyse praktisch nur geringe Fehler mit sich. Die Ordinalskala stellt die beste vorhandene Annäherung an die Intervallskala dar. Bei Datenkörpern mit mehreren Skalentypen empfiehlt es sich, die Korrelationsmatrix nach dem vorherrschenden Skalentyp zu berechnen, wobei aber die Umwandlung quantitativer Größen in Alternativdaten einen Informationsverlust bringen kann. Äußerst zeitsparend ist die Verwendung einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage. Dabei ist zu beachten, daß die vorhandenen Programme eine Begrenzung der Variablenzahl gebieten. Eine sinnvolle Merkmalsauswahl kann deshalb im Auswertungsstadium der zunächst breit angelegten Erhebung erforderlich werden.

Wir haben uns für die Verwendung der Hauptkomponentenanalyse entschieden, weil sie im Gegensatz zu anderen faktorenanalytischen Lösungen immer wieder reproduzierbare Ergebnisse liefert. Die sich ergebenden mathematischen Lösungen haben zudem den Vorteil, völlig eindeutig zu sein.

Bei der korrelationsanalytischen Auswertung der Polaritätsprofile wurde eine mindestens monotone Zusammenhangsstruktur vorausgesetzt. Zu dieser Annahme berechtigt die klinische Beobachtung, daß Variable in der Art der hier geprüften sich mit Veränderung der Depressionstiefe in einer Richtung monoton ändern. Diese Erfahrung gipfelt in dem von WIECK (1967) formulierten Prinzip der homogenen Syndromdynamik. Obwohl wir nur monotone Zusammenhänge voraussetzen, verwenden wir Linearstrukturmodelle. Dieses Vorgehen erschien zulässig, da sich herausgestellt hat, daß leichte Abweichungen von der Linearstruktur die Ergebnisse nicht stark verändern. Aus dem gleichen Grund

- 25 -

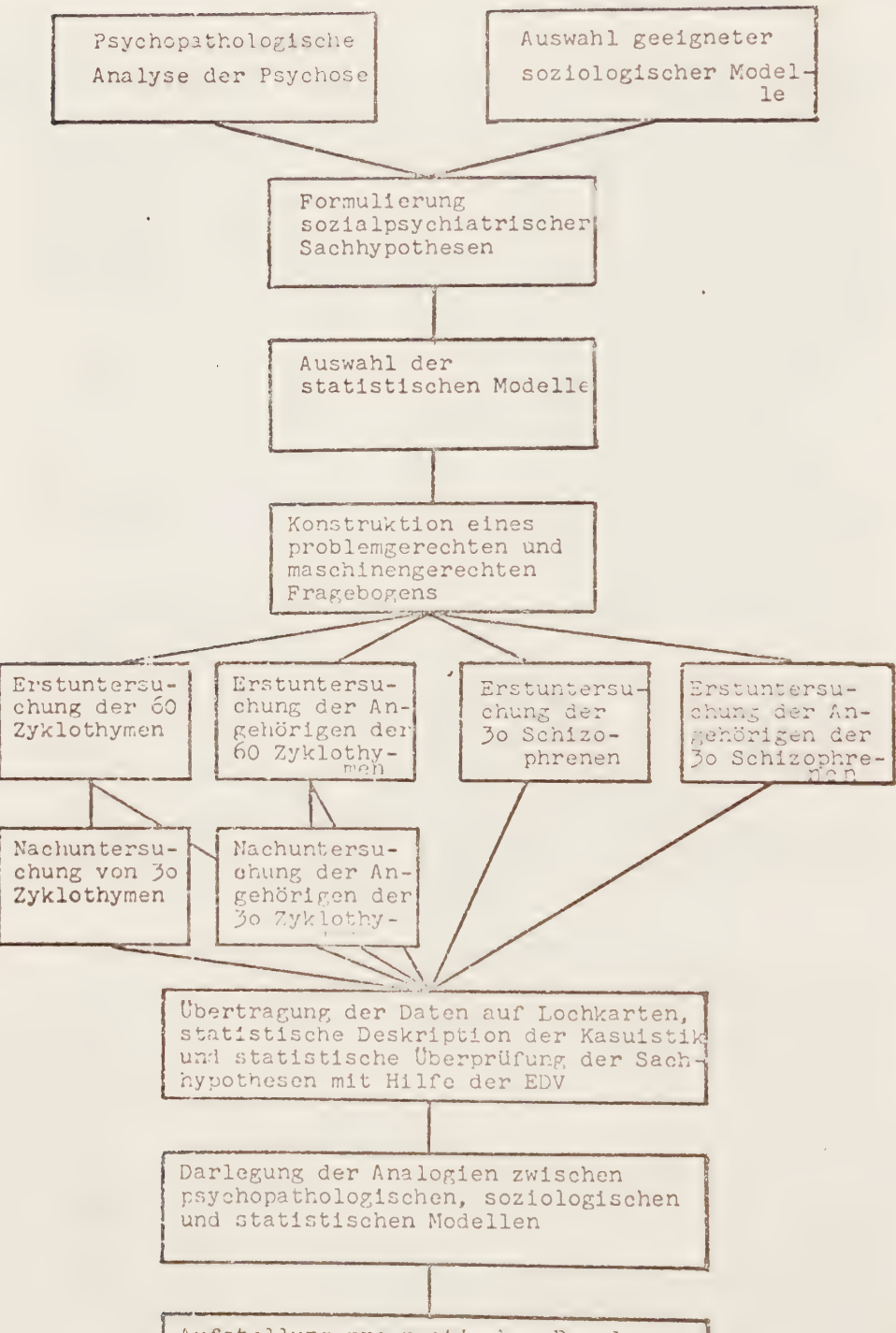
Auf die Problematik der Reliabilität sind wir schon in soziologischem Zusammenhang eingegangen. Unter statistischen Gesichtspunkten ergibt sich die Möglichkeit, die Reliabilität pro Faktor zu bestimmen. Dabei wird der Reliabilitätskoeffizient auch abhängig von der jeweiligen Faktorenlösung. Die resultierenden Koeffizienten sind dann aber nur Mindestschätzungen der Reliabilität. Für unsere Lösungen ergaben sich z.B. für Tabelle 11 für die Vierfaktorenlösung folgende Werte:

1. Faktor: $r_{tt} = 0.847$
2. Faktor: $r_{tt} = 0.792$
3. Faktor: $r_{tt} = 0.786$
4. Faktor: $r_{tt} = 0.769$

Für Tabelle 7 ergab sich ein $r_{tt} = 0.933$. Damit ist ein befriedigendes Maß an Reliabilität gegeben.

Das Test-Retest-Verfahren der Reliabilitätsbestimmung mußte entfallen, da sich die Depressionstiefe im Verlauf änderte, so daß der Retest unter veränderten Bedingungen stattgefunden hätte. Das Paralleltest-Verfahren entfiel wegen der begrenzten Belastbarkeit der Patienten. Die Methode der Testhalbierung wäre nur pro Faktor ratsam; dann wären aber auf den Faktor zu wenige Variable entfallen, um die Reliabilitätsbestimmung sinnvoll durchführen zu können. Deshalb versuchten wir eine Reliabilitätsabschätzung aus den Kommunalitäten.

Mit der folgenden Abbildung geben wir abschließend eine Synopsis über unser experimentelles Vorgehen.



III. Aspekte einer Sozialpsychopathologie der zyklischen Depression =====

1. Vorbemerkungen

In einer vergleichenden Betrachtung derzeitiger Forschungs- und Einstellungslinien in der Psychiatrie erachtet STROTZKA (1965) die phänomenologische Beschreibung, Katalogisierung und nosologische Differenzierung seelischer Störungen in Verbindungen mit Forschungen über die Konstitution mit KRAEPELIN, KURT SCHNEIDER, KRETSCHMER und JASPERS als an einem gewissen Endpunkt angekommen, von dem eine Weiterentwicklung kaum noch möglich sei. Die geläufige Beschreibung der zyklischen Depression ist eine phänomenologische. Auch wenn die Darlegung der subjektiven Erscheinungen des kranken Seelenlebens ergänzt wird durch die krankheitsbedingten objektiven Leistungen des Seelenlebens sowie die sinnhaften objektiven Tatbestände (JASPERS 1965) der Psychomotorik und des Verhaltens, so handelt es sich um die Beschreibung des Kranken in seiner Individualität durch den neutralen Betrachter. Geschieht dies zudem durch eine statische Beschreibung von Prägnanztypen, so ist eine Verbindung zu sozialpsychiatrischen Fragestellungen kaum herzustellen. Diese ergibt sich für unsere Problematik erst durch zwei im Verlauf der Darstellung ineinandergreifende Schritte in der Betrachtung: einerseits muß das Gefüge des aktuellen Querschnittsbildes der zyklischen Depression daraufhin überprüft werden, welchen Einzelsymptomen eine überindividuelle, das isolierte Betroffensein des Kranken überschreitende Bedeutung zukommt und andererseits müssen für die einzelnen Verlaufsstadien der sich entwickelnden und abklingenden Psychose deren jeweilige Umweltkonstellationen analysiert werden. Letzten Endes dient diese Analyse der Interpretation unserer empirischen Ergebnisse.

2. Der Verlust natürlicher Aktivität

In seinem Beitrag " Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen " stellt PETRILOWITSCH (1958) fest, daß beim depressiven Kranken die Persönlichkeitsstruktur im Unterschied zum Schizophrenen mit ihren im Laufe des Lebens verfestigten Dispositionen intakt bleibt und die Verschiebung nach der Minusseite hin nicht mitmacht, sondern vielmehr durch den Ausfall ihres dynamischen Erfüllungsgebietes behindert wird, Strebungen den alten, noch von gesunden Tagen herrührenden Maßstäben entsprechend zu realisieren. Von dem intakt gebliebenen Persönlichkeitskern geht ein Anspruchsniveau aus, dem das aktuelle Erleben nicht genügen kann, wodurch zum Beispiel das " Gefühl der Gefühllosigkeit " entsteht.

Wir erweitern diesen Ansatz für unsere Fragestellung in Richtung auf den außerindividuellen Bereich . Noch darzustellende Ergebnisse unserer Untersuchung vorwegnehmend, weisen wir bereits darauf hin, daß weite Bereiche der bipersonalen Beziehungen zwischen den Zyklothymen und ihren Angehörigen ungestört sind. Der bedauernswerte Kranke sieht sich somit in der Lage, daß von diesen intakten Bereichen her auch von außen ein Anspruch an ihn gestellt wird, dem er nicht genügen kann. Nach WIESER (1967) besteht der " soziale Störwert " der Erkrankung geradezu in einer Diskrepanz zwischen den bisherigen " Rollenerwartungen " der Gesellschaft und den in der Krankheit veränderten unvollkommenen oder fehlenden " Rollenerfüllungen ". Besonders ungünstig wird die Situation, wenn blanden Vitaldepressionen jene aufdringlichen Symptome fehlen, die für Außenstehende die rasche Annahme einer psychischen Störung nahelegen müssen und wenn Kranke und Angehörige jenem Milieu entstammen, in dem die ungebrochene Arbeitskraft ein wichtiges Kriterium für das Ansehen der Person ist. Wir erinnern uns an eine bäuerliche Familie, in der eine erste zy-

der Ehe und der Beziehungen zur gesamten Verwandtschaft geführt hatte. Der " Faulenzer " lebte einen Winter lang auf seinem Hof verlassen und zurückgezogen von Vorräten, ehe wir ihn zur Begutachtung im Rahmen eines Ehescheidungsverfahrens sahen. JANZARIK (1956) ging der im Umkreis des zyklotyphen Verarmungswahns vergleichsweise häufigen Abhängigkeit der Themenwahl von solchen lebensgeschichtlichen Bedingungen nach. Unter den Kranken mit Verarmungsinhalten fanden sich überdurchschnittlich häufig ungewöhnlich fleißige, tüchtige, lebenszugewandte Menschen sowie Angehörige bestimmter Berufe, nämlich Bauern und selbständige Geschäftsleute. JANZARIK (1956) stellt fest: " Mit dem Erlebniswandel, den die depressive Psychose setzt und ihrem Einbruch in die persönliche Wertwelt scheinen Verarmungsinhalte bevorzugt dort aufzutauchen, wo Tätigsein und Besitzen in einem engen Wertzusammenhang stehen und die individuelle Wertorientierung bestimmen, wo Besitz nicht als etwas Statisches, sondern als etwas Dynamisches, eng verbunden mit der eigenen Schaffenskraft, erlebt wird ". Eine selbst-erlebte und von anderen bemerkte Insuffizienz bis hin zur wahnhaften Überzeugung der Verarmung möchten wir deshalb als eine erste Komponente des psychopathologischen Querschnittsbildes nennen, der eine überindividuelle Bedeutung zukommt. Wir werden später sehen, daß die Kranken in den Augen der Angehörigen eindeutig als schwach beurteilt werden. Dieser Komponente kommt ein hohes Maß an Penetranz (WIECK 1967) zu.

Diese der zyklotyphen Hemmung entspringende Insuffizienz liegt als Einschränkung der Fähigkeit zu einer natürlichen Aktivität auf der ersten Stufe eines Schichtmodells zwischenmenschlicher Beziehungen von HOMANS (1964). Er unterscheidet fünf Schichten, in denen diese Beziehungen ablaufen:

1. Aktivitäten
2. Interaktionen

3. Gefühle
4. Normen
5. Werte

Während unter Aktivitäten jede Art von Tätigkeit in weitestem Sinne verstanden wird, sind Interaktionen aufeinander bezogene zwischenmenschliche Verhaltensweisen. Unter den Gefühlen sind Zu- und Abneigungen hervorzuheben, die bei Interaktionen lebendig werden und sich in ihnen ausdrücken. Unter Normen werden die mehr oder weniger verbindlichen Erwartungen verstanden, die die Gemeinschaft von ihren Mitgliedern hegt. Unter Werten finden sich vor allem jene allgemein verbindlichen kulturellen Selbstverständlichkeiten, die zum Verständnis eines sozialen Geschehens von entscheidender Bedeutung sind (KÖNIG 1967). Wir werden im weiteren Gang der Darstellung versuchen, unsere aus Querschnittsbild und Verlauf gewonnenen Komponenten in dieses Schichtmodell einzuordnen.

3. Der Verlust natürlicher Interaktionsweisen

Mit dem Verlust natürlicher Interaktionsweisen betreten wir die zweite Stufe des Schichtmodells. In einer Untersuchung über den Gestaltwandel depressiven Wahns vergleicht GLATZEL (1973) den partnerschaftlichen Wahn einer jüngeren mit dem partnerlosen Wahn einer älteren zylothymen Frau. Anknüpfend an die wahnhaften Selbstbeschuldigungen der jüngeren, ausführlich beschriebenen Kranken betrachtet GLATZEL als das zentrale Phänomen beim partnerbezogenen depressiven Wahn " die erlebte Abwandlung dynamischer Kommunikation mit dem dahinterstehenden Verlust der unreflektierten Naivität des Rollenspiels und der Unfähigkeit, Antwort zu geben im ständigen zwischenmenschlichen Dialog ". Als schlechte Mut-

ter, sündhafte Ehefrau oder undankbare Tochter werden im Wahn partnerbezogene Rollenrealisiert. Die Stellung zum Partner wird aus der Überzeugung von der eigenen Insuffizienz wahnhaft bestimmt. Dagegen ist der späte depressive Wahn der älteren Kranken von GLATZEL partnerlos. " Nicht die schlechte Mutter, die unkeusche Ehefrau und die undankbare Tochter begegnen, sondern Schlechtigkeit, Unkeuschheit und Undankbarkeit schlechthin ". Die im Wahn realisierte Rollenfigur kann ungehemmt wuchern. Die Lockerung der Bindung zwischen Rolle und Rollenträger ist zu einer Trennung fortgeschritten.

Mit der Störung der natürlichen Kommunikation zwischen dem Depressiven und seinen Bezugspersonen sind wir mitten in jener Problematik, die KRANZ (1955, 1969) als depressiven Autismus beschrieben hat. KRANZ (1955) stellte in seinen Untersuchungen über " Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit " an Schizophrenen und Zyklotyphen fest: " Der Unterschied beider Psychosen scheint der zu sein: Daß in der Zyklotypie mit ihren Versündigungs-, Krankheits- und Verarmungsängsten mehr die gefährdete Stellung des Ichs zu sich selbst, in der Schizophrenie mit ihren massenhaften Eigenbeziehungen, gemachten und entzogenen Gedanken, dem Lenkungsbewußtsein, der wahnhaften Einbeziehung des Fremden in sich selbst hinein, mit den Stimmen und anderen Halluzinationen, dem Erlebnis des Beobachtet-, Bedroht-, Verfolgtseins, aber auch den Projektionen des eigenen Erlebens in das andere hinein mehr die Stellung der Welt zum Ich problematisch wird. Nur so erscheint es erklärbar, daß, wie wir sehen, die Zyklotyphen jeweils von der Zeit und der Welt deutlich weniger angerührt werden als die Schizophrenen; und somit ergibt sich die paradoxe Feststellung, daß der Zyklotype eigentlich autistischer ist als der Schizophrenie. "

In anderem Zusammenhang weist SCHULTE (1969) auf

den gleichen Sachverhalt hin: " Auch wirkt sich die eigentümliche Isolierung des Depressiven nicht nur auf der Höhe der Phase, sondern auch danach ungünstig aus. Er hat wenig Möglichkeiten des Vergleichs, des Austrags und der solidarischen Kommunikation mit anderen und sieht sich bis zur völligen Gesundung eigentümlich isoliert betroffen, ohne zur eigenen Erleichterung den Blick auch auf andere richten zu können. Man beobachte doch nur einmal Melancholische, wenn sie zusammensitzen. Sie haben sich nichts zu sagen und werden höchstens, jeder einzelne, darauf pochen, daß es ihm schlechter als den anderen ginge. "

Auch G.E. STÖRRING (1968) beschreibt beim Depressiven ein übermäßig zentriertes Ich-Erleben. Das eigene Ich ist zum beherrschenden Bewußtseinsinhalt geworden. Der Vital-Depressive kommt keinen Augenblick los von seinem geschrumpften, einmalig veränderten Ich. In die gleiche Richtung zielt die Feststellung von JANZARIK (1969), depressive Syndrome vom endogenen Typus seien in erster Linie durch eine dynamische Restriktion gekennzeichnet. Auf vielfältige ähnliche Ansätze in der Literatur hinweisend, stellt KRANZ (1969) zusammenfassend fest, schizophrener Autismus sei das Resultat der Auseinandersetzung mit einer als verändert erlebten Welt, auch dann, wenn das eigene Erleben in die Welt hineinprojiziert werde. Depressiver Autismus dagegen wird dargestellt als ein Eingefangensein im Innenraum des Ichs, das die Welt von vornherein ausschließt.

Wir sehen somit auch auf dieser Ebene der Betrachtung, daß die zylothyme Depression im Kern ihrer Symptomatik Komponenten enthält, die sich unmittelbar sozialpsychiatrisch auswirken. Der Kranke schränkt von sich aus die Kommunikation zur Umwelt ein, was mit den Methoden der phänomenologischen Psychiatrie vielfältig analysiert wurde. Wie jedoch die Umwelt hierauf reagiert,

ist weit weniger bekannt. Unsere Untersuchung unter Einbeziehung der Angehörigen soll zur Aufklärung hierüber beitragen.

4. Der depressive Gefühlsverlust

Im Schichtmodell der zwischenmenschlichen Beziehungen, kommt den Gefühlen eine besonders wichtige, tragende Mittelstellung zu. Sie motivieren manche Interaktionen und Aktivitäten und durchdringen als oft schwer faßbarer irrationaler Anteil das Gefüge der Normen und Werte. Von der Abwandlung der Affektivität in der zyklischen Depression soll hier aber nicht die Rede sein; vielmehr sollen nur jene Besonderheiten hieran festgehalten werden, die unmittelbare Auswirkungen auf die affektiven Einstellungen zur Umwelt haben bzw. die eine affektive Resonanz auf situative Gegebenheiten darstellen. Die Betrachtung gilt den sozialpsychiatrischen Auswirkungen des depressiven Gefühlsverlustes.

WIECK (1967) unterscheidet individuelle, zwischenmenschliche und soziale Gefühle sowie allgemeine Daseinsgefühle, die alle in der zyklischen Depression beeinträchtigt sein können. Sind die zwischenmenschlichen Gefühle betroffen, so klagt eine Ehefrau, daß sie nichts mehr für ihren Mann empfinde, eine Mutter, daß sie keine Bindung zum Kind mehr verspüre. Auf erschütternde Weise beobachten wir dies an den Besuchstagen in der Klinik, wenn jüngere Kinder ihre depressive Mutter anstrahlen, diese aber zu keiner Resonanz fähig ist und sichtbar unter dieser emotionalen Insuffizienz leidet. Die Beeinträchtigung der sozialen Gefühle wirkt sich aus im Beruf, im Verhältnis zu Nachbarn oder in den Tätigkeiten in Vereinigungen mancher Art. Wir hörten von vielen unserer Kranken von einem allmählichen aktiven Rückzug im Verlauf der chronisch-rezidivierenden Psychose, oft gegen den Willen der zum Verbleiben ermunternden Umge-

bung. Doch können sich nach WIESER (1969) solche persistierenden Einstellungen der Reserviertheit, der Defensive und des stillen Rückzuges von der Umwelt durchaus ausgleichen, sobald der tragende emotionale Untergrund sich wieder stabilisiert hat. G.E. STÖRRING (1968) weist darauf hin, daß gerade den wesensmäßig gefühlsbetont erlebenden Menschen mit starken sozialen Bindungen diese emotionellen Lähmungserscheinungen besonders stark zum Bewußtsein kommen. Dies gilt für den sozialliebenden Menschen im Sinne SPRANGERS, die treusorgende Mutter, die nun keine Gefühle für Mann und Kind aufbringen kann und für den früher geradezu hypersozialen Menschen, der sich jetzt isoliert fühlt und Angst vor jeder Begegnung hat, ja sogar Haßgefühle empfindet beim Zusammensein mit Menschen. Gerade bei chronischen depressiven Erkrankungen ist die Einstellung und Reaktion der nächsten Bezugspersonen auf die Phänomene von großer Bedeutung. KURT SCHNEIDER (1973) bemerkt, man pflege zu sagen, diese Kranken "meinten" nur, keine Gefühle mehr zu haben, seien aber doch sichtlich bekümmert und hätten " also doch " Gefühle. Diese Auffassung sei falsch. Vielmehr lasse die depressive Stimmung solche auf andere gerichteten, wirklich lebendigen Gefühle einfach nicht mehr zu, was als Ausfall und Defekt beklagt werde. Die Situation des Kranken wird sicher dadurch erschwert, daß die Umgebung diesen Phänomenen mit mehr oder weniger großem Befremden gegenübersteht. SCHULTE (1957) betont, daß gerade die umweltstabilen endogenen Depressionen die Umwelt wenig gleichsinnig zu beeindrucken vermögen. Sie werden ohne sympathetisches Mitschwingen als unbegreifliches Unglück erachtet. Die einfühlbare Traurigkeit des Gesunden dehnt sich auf die Umwelt aus, beim Darniederlegen der Vitalgefühle des Melancholischen gibt es keine Induzierung. Die Umwelt wird allenfalls gelähmt, gereizt, verärgert und verzweifelt. Diese Einstellung hängt, das räumt SCHULTE ein, aber auch, neben anderen Faktoren, wie der Persönlichkeit der Beteiligten, vom Verlaufs-

stadium ab. Im Beginn der Erkrankung ist die Reaktion besonders unterschiedlich. Wie wir aus Gesprächen mit zahlreichen Angehörigen erfahren haben, mischen sich gerade bei jüngeren Ehepartnern als Reaktion auf die erste Phase Betroffenheit, Hoffnung, Verzweiflung, Enttäuschung und Mitleid zu einer sehr komplexen, gefühlsbetonten Einstellung. Diese werden wir mit soziologisch-statistischen Methoden analysieren und ihre evtl. Wandlung im Verlauf verfolgen.

5. Die Gefährdung der Normen

Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur, psychopathologische Besonderheiten des Krankheitsbildes sowie die familiäre und berufliche Situation des Zykllothymen enthalten Elemente, die auch der Schicht der für den Kranken und die Bezugspersonen gemeinsamen Normen große Bedeutung verleihen. Es kann in der Regel davon ausgegangen werden, daß bei dem im Vergleich zur Schizophrenie späteren Erstmanifestationsalter der Zykllothymie in einem ausreichend langen Lebensabschnitt Gelegenheit war zur Ausbildung und Verfestigung gemeinsamer Normen zwischen dem Kranken, den Familienangehörigen und den beruflichen Bezugspersonen; vor allem aber hatte der Kranke Gelegenheit gehabt, Maßstäbe zu entwickeln und zu erproben, denen er sich innerlich verpflichtet fühlt. GIATZEL (1973) bemerkt deshalb zutreffend, daß der zykllothym Kranke seine Beziehungen zur Umwelt insofern als schuldhaft gestört empfindet, als er seine Einstellung ihr gegenüber und sein Handeln in ihr nicht mehr in Übereinstimmung weiß mit den von ihm selbst als verpflichtend gewerteten Normen. Es handelt sich um ein pauschales Gefühl des Ungenügens, durch das die Kranken sich in eine Randstellung gedrängt fühlen, welchem Umstand sie Rechnung tragen, indem sie sich zurückziehen, um der Konfrontation mit den Fremderwartungen im Hinblick auf das eigene Ver-

zyklothymen Erlebenswandel durch einen Vergleich mit dem Erleben des Paranoiden. Beide erleben, daß Charakter und Stabilität der bisherigen Weise der Kommunikation dadurch in Frage gestellt werden, daß die gewohnten Normen den aktuellen Vollzug der Interaktionen nicht mehr bestimmen. Ein Unterschied bestehe aber darin, daß der Paranoide erkennt, daß sich die umgebende Mitwelt in ihrem Verhalten nicht mehr an den ursprünglichen Normen orientiert, während der Zyklothyme an der eigenen Unfähigkeit leidet, sein antwortendes Verhalten an ihnen auszurichten. Wir weisen auf die Beziehungen hin, die sich auch hinsichtlich dieser Unterscheidung zu den Ausführungen von KRANZ über den Autismus ergeben.

Eine zentrale Bedeutung kommt an dieser Stelle den Arbeiten TELLENBACHS zu. In seinem monographischen Beitrag über die Melancholie (1961) beschreibt er als ein wesentliches Persönlichkeitsmerkmal des Zyklothymen die Ordentlichkeit, die meist einhergeht mit einem überdurchschnittlich hohen Anspruch an das eigene Leisten, mit einer Überwachtheit des Gewissens und einer Bereitschaft zum Schwernehmen als dem Ausdruck einer besonderen Sensibilität für die Lastseite an den Dingen. Unter dem zweiten Wesensmerkmal der Inkludenz versteht TELLENBACH die Situation der Einschränkung des Daseins in die Grenzen einer strengen Ordnungswelt der Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit, die auch durch eigene starke Willenskraft nicht durchbrochen werden können. Als drittes Wesensmerkmal wird mit dem Begriff Romanenz das schon präpsychotisch zu beobachtende Zurückbleiben hinter den Selbstansprüchen beschrieben. Es entsteht ein als schmerzlich empfundenes Schuldverhältnis gegenüber den Anforderungen an die eigene Leistungskraft, dem Anspruch der mitmenschlichen Lebensordnung und den ethischen oder religiösen Ordnungen.

Wir beschränken uns an dieser Stelle auf den Hinweis, daß nach den Befunden TELLENBACHS für die Persönlichkeit des Zykllothymen der Konflikt zwischen den Realitäten der Lebenssituationen und den als verbindlich betrachteten eigenen Normen große Bedeutung hat. Auf die ähnlichen Befunde SHIMODAS (1941) und die gegensätzlichen Auffassungen E. KRETSCHMERS und anderer Kliniker sei nur hingewiesen.

Neuerdings hat TELLENBACH (1969) das Verhalten des melancholischen Typus in der " Kinesis des Situationswandels " dargestellt. Situationen des Umzugs, der Erhöhung des beruflichen Risikos, des Ausscheidens von Angehörigen aus dem engeren Familienverband und der Stilllegung durch Krankheit können für den melancholischen Typus pathogen werden, wenn die Preisgabe seiner unelastischen Ordnungen erzwungen werden soll. TELLENBACH trifft die in sozialpsychiatrischem Zusammenhang wichtige Feststellung, daß die Gefügeordnung des melancholischen Typus wesentlich ist für Untersuchungen zur Struktur der Familien, in denen Depressive leben. Es stellt sich die Frage, wie der depressive Lebensstil die familiäre Umgebung formt?

6. Die Relevanzdynamik des endogenen Wertverlustes

Auf die nachhaltigste Weise wird das Verhältnis des Depressiven zu seiner familiären und beruflichen Umwelt und zu sich selbst erst in der Schicht der Werte in Frage gestellt. Aus der reichhaltigen und wichtigen psychopathologischen Literatur zu dieser Problematik wollen wir wiederum nur die sozialpsychiatrisch verwertbaren Ergebnisse anführen. Hierbei wird der Dynamik der Wertrelevanzen (WIECK 1967) im Verlauf einer zykllothymen Phase besondere Beachtung zu widmen sein.

In seiner Untersuchung über die zykllothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge betont JANZARIK (1957) die zentrale Wichtigkeit des Wertbegriffes für die Definition des zykllothymen Schulterlebens, wobei das Schulterleben grundsätzlich auf eine persönliche Instanz hin angelegt ist. Die Kranken JANZARIKs, die in ihrer Zykllothymie eine Schuldthematik entwickelten, wiesen seitens ihrer prämorbid Persönlichkeit einen vergleichsweise höheren Grad seelischer und intellektueller Differenzierung auf sowie eine " besondere Empfänglichkeit des Gemütes ". In der Wertsuche griffen die Überdurchschnittlich wertoffenen und bindungsfähigen Kranken über sich hinaus. Trotz ihrer Schuldfähigkeit waren sie in gesunden Tagen nicht mehr als andere Menschen von Schuld bedroht.

In der beginnenden zykllothymen Depression führt der fortschreitende Verlust seelischer Dynamik zu einer Behinderung der Wertaktualisierung. Durch das Erlahmen der Dynamik des Fühlens und Strebens werden vor allem die sonst " dynamisch besonders erfüllten " Wertbereiche gefährdet, bei den Kranken mit Schuldinhalten in erster Linie Wertbereiche, die sich in persönlichen Bindungen entfalten (JANZARIK 1957). Im Sinne der Relevanzlehre von WIECK (1967) bestehen bei diesen Kranken somit besondere Beziehungen zwischen Sozialrelevanzen, die die Beziehungen zum weiteren mitmenschlichen Rahmen bestimmen und Wertrelevanzen, die als kritische Instanz bei der Willensbildung das Gewissen ausmachen. Eine eindrucksvolle, alle Stadien einer zykllothymen Depression berücksichtigende kasuistische Schilderung des Werterlebens Depressiver verdanken wir KAESTNER (1947). Von seinen Gedanken lassen sich Beziehungen herstellen sowohl zur Strukturtheorie endogener Psychosen (PETRILOWITSCH 1958) als auch zur Relevanzlehre (WIECK 1967). KAESTNER beschreibt die zykllothym-depressive Phase eines 51-jährigen Konzertmeisters, der mit der beginnenden Er-

krankung bemerkt, daß seine ihm bisher ausfüllenden, mit seiner Entwicklung gewordenen Inhalte plötzlich ein gefühlsleerer Stoff werden. Die Werte von gestern dienen jetzt nur noch dem krankhaft veränderten Zustand als Ausdrucksmittel. Die einst geliebte Musik wird zunächst noch mechanisch ausgeübt. Er hat das Gefühl, weit von seiner Frau entfernt zu sein. Die alte, ihnen gemeinsame Welt, in der sie sich noch bewegt, ist ihm fremd. Seine Kommunikation erlischt. Dabei sind ihm in diesem Krankheitsstadium die Verluste, die er erleidet, noch bewußt. Ganz im Sinne der Strukturpsychopathologie stellt KÄESTNER fest, die mangelnde, aber urteilsmäßig noch geforderte Aktivität des Werthaftern wird dann Anlaß zum Vorwurf. KÄESTNER nennt den Zustand, in dem einerseits das Leben in den persönlichen Wertdingen durch die Hemmung des Wertgefühls fortschreitend erlischt, dem andererseits das formale Werturteil noch gegenübersteht, endogenes Wertverlöschen. Zwischen dem erhaltenen Werturteil und dem endogenen Wertverlöschen entsteht ein Zwiespalt. Auch die Umwelt wird nicht mehr wie früher als wirklich gefühlt. Der Kranke hat gegenüber der Welt, in der er bisher lebte, ein anderes Bewußtsein. Es entsteht eine endogene Isoliertheit. Mit sich vertiefender Psychose hört bei erloschenem Werturteil auch der Zwiespalt des emotionalen Vermögens mit der formalen Einsicht auf. Das Sollen geht verloren. Jetzt gerät für den Kranken seine ganze Umgebung in seinen eigenen Zustand. Die Umgebung verändert sich zu einem Ausdruck des eigenen Krankheitsgefühls: Den Höhepunkt bildet der endogene totale Wertverlust. Persönlich gefärbte Inhalte werden abgelöst von Inhalten mehr allgemein-depressiver Art, die vom " Unheil an sich " gefärbt werden. Für dieses Stadium tiefster Depression stellt JANZARIK (1957) gleichsinnig fest, daß selbst zunächst differenzierte Schuldinhalte in grausame Straphantasien von primitiver Handgreiflichkeit ausmünden. Auch LAUTER (1961) zeigt anhand des

Erlebnisberichtes einer zyklotyphen Ordensschwester, wie sich ein Daseinsbereich nach dem anderen mit zunehmender Tiefe der Verstimmung verschließt, um mit dem Nachlassen der Krankheitserscheinungen dem Subjekt allmählich wieder zugänglich zu werden. Auf dem Höhepunkt der Depression führt die Verslossenheit des religiösen Bereiches zu der Gewißheit von der eigenen Sündhaftigkeit und läßt Gott die Gestalt des erbarmungslosen Weltenrichters annehmen. Die ewige Verdammnis erscheint besiegelt.

Auch nach WIECK (1968) greift die zyklotyme Depression in die Tiefe und erschüttert das Relevanzfundament. Das Dasein des Kranken in der Welt wird ihm fragwürdig, die ursprüngliche Vertrautheit mit allem, was ihn umgibt und was er selbst darstellt, ist unter der depressiven Verstimmung verdunkelt oder aufgehoben. Die niedersinkende Stimmung des Depressiven läßt das Gewissen als ein System der Wertrelevanzen wie einen erratischen Fels in die Persönlichkeit hineinragen, auf dem sich Schuldbewußtsein und Selbstvorwürfe ansiedeln. In ihrem dynamischen Kern weisen die Relevanzen immer in Richtung vom Gegenwärtigen in das Zukünftige. WIECK spricht von Relevanzausgriff. In der depressiven Phase ist alles eingeengt, die Zukunft ist verstellt. Der Relevanzausgriff verringert sich mit der Schwere der Depression, bis er schließlich aufgehoben ist.

Auf der Höhe der Depression ist die Penetranz (WIECK 1967) der Symptomatik so groß, daß die Angehörigen auch die dem oft weitgehend gemeinsamen Wertbereich entspringende Schuldthematik des Kranken als krankhaft erkennen. Zumindest vorübergehend ist der Kranke dadurch länger wirkenden Sanktionen enthoben. Man wartet den Spontanverlauf oder das Behandlungsergebnis ab. In der abklingenden depressiven Phase stel-

len sich aber gerade in dieser Schicht des Wertgefüges sozialpsychiatrische Probleme. Die Angehörigen sind viel schwerer in der Lage, eine depressive Restsymptomatik von Reaktionen der gesunden Persönlichkeit zu unterscheiden. Auch das Selbstverständnis der Kranken ist gerade in der abklingenden Phase stark gefährdet, wenn Fäden zur Umwelt wieder geknüpft werden, aber nicht angenommen werden oder nicht standhalten. Dem schrittweisen Wiederaufbau des Wertgefüges in der abklingenden Depression seien deshalb noch einige Überlegungen und Beobachtungen gewidmet.

ENGELMEIER (1967) beschreibt die durch Thymoleptika bewirkte Besserung der zyklischen Phase eines 39-jährigen Diplom-Kaufmannes. Es kam zunächst zu einem wenig personalen Aktivierungssyndrom, an dem die Umgebung die fehlende Gemütsresonanz registrierte. Ein sturer Tätigkeitsdrang war begleitet von einer Appetitanfächung. Im zweiten Behandlungsabschnitt trat eine Beunruhigung durch Wertbedürfnisse ein, begleitet von Verletzlichkeit, Kritikintoleranz und einer unangemessenen Bekundung des Dominanzstrebens gegenüber der Umgebung. Erst im dritten Behandlungsabschnitt gelang eine wertbezogene Gefühlsresonanz und damit die Integration der eigenen Bedürfnisse. Erst jetzt waren die Voraussetzungen für eine volle berufliche und familiäre Wiedereingliederung gegeben.

PETRILOWITSCH (1969) beobachtete, daß ältere Kranke dazu neigen, das in der Depression aufgetretene Gefühl der Gefühllosigkeit ihren Angehörigen gegenüber nach Abklingen der Psychose schuldhaft zu verarbeiten. Ihr innerseelischer Anspruch auf einen gefühlsbestimmten Kontakt zur Mitwelt liegt höher als vor der Psychose, wobei die Frustrationen dieses Anspruchs das Aufkommen einer vom Schuldbewußtsein bestimmten bedrückenden Atmosphäre begünstigen. In Spätstadien der Psychose kann sich das durch die bedingte Insuffizienzerlebnis

zum Insuffizienzbewußtsein als einer Persönlichkeitshaltung verfestigen. PETRILOWITSCH sieht hierin einen postpsychotisch nachwirkenden Übergang einer Störung der Präsenz in eine Störung des Relevanzgefüges. Das Insuffizienzbewußtsein ist gekennzeichnet durch Selbstwertkrisen, eine zunehmende Konfliktintoleranz, eine Verarbeitungsschwäche bei der Bewältigung widriger Konstellationen in Verbindung mit einer Bereitschaft zu skrupulantisch-anankastischer Selbstüberprüfung und einen Bedeutungsverlust konkreter Lebensaufgaben zugunsten ethischer Kategorien.

PETRILOWITSCH (1969) beschreibt ebenfalls Stufen des psychodynamischen Restitutionsprozesses. Mit dem Abklingen der Depression kehrt die Fähigkeit zur sinnvoll verknüpfenden Besinnung zurück. Es kommt zu einer weitgehenden Rückkehr umweltbezogener Intentionen. Der Kranke ist zu abgestufter Sympathie und Antipathie fähig und orientiert sich wieder an seinen habituellen Wertungen. Es melden sich aber auch Regungen von Neid, Mißgunst, Egoismus und Ansprüche auf Fürsorge und Zuwendung. Im Unterschied zur Situation des schwer Depressiven ist nun Raum für Unrecht, das dem Subjekt zugefügt wurde.

7. Die praktische Bedeutung des Schichtmodells

Ein wissenschaftliches Modell ist dann besonders brauchbar, wenn es die zu beschreibenden oder zu erklärenden Phänomene vollständig und ohne Zusatzhypothesen auf eine einfache Weise umfaßt. Das Schichtmodell zwischenmenschlicher Beziehungen von HOMANS eignet sich auf eine überraschend vollständige Weise zur Erfassung aller die Grenzen des Subjekts überschreitenden psychopathologischen Phänomene der zylothymen Depression. Als Ordnungsprinzip konnte es daher einer systematischen Beschreibung

der sozialpsychopathologischen Aspekte der zyklischen Depression zugrundegelegt werden. Zugleich kommt es aus dieser Sicht zu einer Vertiefung des Verständnisses der Kohäsion der Phänomene sowie der sozialpsychiatrischen Komplikationen der zyklischen Depression und zu einer leichteren Abschätzbarkeit der Prognose bei der Wiedereingliederung der Kranken.

SCHEUCH und KUTSCH (1972) betonen nämlich, die von HOMANS beschriebenen und von uns eingangs dargestellten fünf Elemente menschlichen Verhaltens seien gemeint als notwendige und zureichende Bausteine zur Erklärung eines jeden sozialen Zusammenhanges von einiger Dauer. innerhalb von Kleingruppen. Wir können somit die Hypothese aufstellen, daß die dauerhafte Wiedereingliederung eines Zyklischen in die Familie gefährdet ist, wenn in auch nur einer der fünf Schichten irreversible Alterationen der zwischenmenschlichen Beziehungen verbleiben. Im leichtesten Fall braucht es nur dazu zu kommen, daß der Genesene in eine Randstellung rückt. Im ungünstigsten Falle erfolgt die aktive Ausgliederung durch die Angehörigen. Ganz in diesem Sinne stellt auch WIESER (1967) fest, daß zunächst für die Dauer der Krankheit eine Befreiung von Rollenerwartungen erfolgt. Chronisch psychisch Kranke können dann aber aus der Stellung des Vertrauten des Partners ausscheiden, der wichtige Entscheidungen nicht mehr mit ihm besprechen kann. Schließlich werden die Aktivitäten des Kranken reduziert, er rückt an die Peripherie eines neuen Feldes. Bei malignen Verläufen kommt es zu einem Auflösungsprozeß der Gemeinschaft mit einem Verlust an allgemeinverbindlichen Normen und einer Reduktion der personalen Interaktionen. Dabei ist nach WIESER eines der Momente, die für günstige oder weniger günstige Verläufe verantwortlich sind, das Bild, das sich die Beteiligten von der Erkrankung der Person machen.

Gerade diesem Bild widmeten wir bei der Befragung der Angehörigen besondere Aufmerksamkeit. Wir wollen uns nun aber nach Darstellung des theoretischen Fundamentes dem Krankengut und den quantitativen und qualitativen Ergebnissen unserer Untersuchung zuwenden.

IV. Das eigene Krankengut

=====

1. Der erste Untersuchungsabschnitt bei den Kranken

Das Krankengut besteht aus 60 Patienten, die nach den an unserer Klinik gültigen diagnostischen Kriterien K.SCHNEIDERS an einer zyklothymen Depression litten und mit einer akuten Phase in stationäre Behandlung unserer Klinik kamen.

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung handelte es sich um 36 Frauen und 24 Männer. Alle Kranken waren zum Untersuchungszeitpunkt depressiv. Von der Verlaufsform her fanden sich vier bipolare Erkrankungen. In 15 Fällen lag eine mit einer depressiven Phase beginnende Erstmanifestation vor, die übrigen Verläufe waren monopolar.

Zum Durchschnittsalter aller Kranken zum Untersuchungszeitpunkt ergab sich ein Median von 45,5 Jahren. Das untere Quartil lag bei 35,25 Jahren, das obere bei 51,75. Der mittlere Quartilsabstand betrug 5,75 Jahre. Demgegenüber wies das durchschnittliche Erstmanifestationsalter aller Kranken einen Median von 36,5 Jahren auf. Das untere Quartil lag bei 29,0 Jahren, der obere bei 46,0, der mittlere Quartilsabstand betrug 8,5 Jahre.

In Tabelle 1 sind die 60 Kranken nach Altersklassen aufgeführt.

Altersklassen	Fall- zahl
bis 24 Jahre	3
25 - 29	4
30 - 34	7
35 - 39	6
40 - 44	8
45 - 49	16
50 - 54	4
55 - 59	2
60 - 64	5
65 - 69	4
70 Jahre u. älter	1
	60

Tab. 1: Die Altersverteilung der untersuchten Kranken

Genau die Hälfte der Kranken befand sich somit in jenem mittleren Lebensabschnitt zwischen 35 und 50 Jahren, in dem eine längerdauernde psychische Erkrankung sich besonders schwer auf die berufliche und familiäre Situation auswirkt. In diesem Lebensabschnitt sind die Kranken in der Regel verheiratet, haben für die Ausbildung von Kindern zu sorgen und stehen noch erheblichen Anforderungen an eine intakte berufliche Leistungsfähigkeit gegenüber.

Bei 17 Kranken lag eine hereditäre Belastung mit psychotischen Erkrankungen oder Suiziden in der näheren Verwandtschaft vor. Immerhin hatte in 12 Fällen eine mindestens vorübergehende Wohngemeinschaft mit dem erkrankten Verwandten bestanden.

Phasenzahl	Fallzahl
1 Phase	15
2	14
3	13
4	6
5	2
6	6
7	1
8 u. mehr Phasen	3

Tab. 2: Anzahl der Phasen einschließlich der zum Untersuchungszeitpunkt bestehenden.

Wie Tabelle 2 zeigt, lag in knapp der Hälfte der Fälle eine Erst- oder Zweiterkrankung vor, in der übrigen Hälfte waren die Rezidive häufiger. Damit übereinstimmend waren 30 Kranke jetzt zum ersten Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung, 2 - 4 Aufenthalte lagen bei 24 Kranken vor und die restlichen 6 Kranken waren bis zu maximal 7 mal in stationärer Behandlung. Die Anzahl von Monaten, die die Kranken während aller Aufenthalte zusammen durch-

schnittlich bis zum Untersuchungszeitpunkt in einer psychiatrischen Klinik verbracht hatten, betrug 3,3 ($\pm$ 3,2).

Nahezu alle Kranken waren vor der Aufnahme vom Überweisenden Arzt bereits mit Psychopharmaka behandelt worden. 12 Kranke hatten bisher einen Suizidversuch gemacht, 6 Kranke zwei Versuche, 1 Kranker drei und 3 Kranke vier.

Mit dem BECK-Depressionsfragebogen wurde die aktuelle Depressionstiefe erfaßt. Die Untersuchungen fanden in der Regel am Nachmittag statt. Mit der überwiegend thymoleptischen Behandlung war dann schon begonnen worden. Der Durchschnittswert für alle 60 Kranken betrug 25,7 ($\pm$ 10,1) Punkte. (Die nachfolgenden Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Tests wurden auf dem PDP-8/e-Rechner der DFG (V1 36/1 - 5) mit dem Programm DECUS No. 8 - 137 gerechnet).

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, waren 16 Kranke 50 Jahre und älter. Bei dieser Gruppe der bereits im Involutionsalter befindlichen Kranken war der Wert für die Depressionstiefe mit 29,1 ($\pm$ 11) Punkten deutlich im Bereich der schweren Depression, während die 44 jüngeren Kranken mit 24,5 ($\pm$ 9,5) Punkten nur eine mäßige Depression aufwiesen. Die in diesen Zahlen zum Ausdruck kommende Tendenz (statistisch signifikant war der Unterschied zwischen beiden Mittelwerten mit $t = 1,56$ bei 58 Freiheitsgraden nicht) liegt auf der Linie der Feststellungen von PÜLDINGER, BLASER und GEHRING (1969), daß die Depressionstiefe mit dem Alter zunimmt. Auf die Frage der eventuellen Auswirkungen der unterschiedlichen Depressionstiefe auf die Beurteilung durch die Angehörigen werden wir noch zurückkommen.

Für die 36 weiblichen Kranken betrug die durchschnittliche Depressionstiefe 28,8 ($\pm$ 8,7) Punkte, für die 24

schen beiden Mittelwerten ist statistisch signifikant ($t = 3,14$; 58 Freiheitsgrade; $p < 1 \%$). Auch mit diesem Unterschied wird die Feststellung von PÜLDINGER, BLASER und GEHRING (1969) bestätigt, daß die Depressionstiefe bei Frauen größer ist. Auch für diese Differenz wird die Auswirkung auf die Beurteilung durch die Angehörigen zu prüfen sein.

Zum Familienstand ergab sich, daß nur 5 Kranke ledig waren. Mit 44 Kranken waren fast dreiviertel der Patienten in erster Ehe verheiratet; sie lebten alle mit dem Ehepartner zusammen. Nur 5 Kranke waren geschieden, davon 3 wiederverheiratet. 5 Kranke waren verwitwet, davon 2 wieder verheiratet. In einem Fall bestand eine eheähnliche Partnerschaft. Somit hatten zum Untersuchungszeitpunkt 50 Kranke einen dauernden Lebenspartner. Zu einer Scheidung aufgrund der Psychose mit Anwendung der entsprechenden Bestimmungen des Ehegesetzes war es überraschender Weise in keinem Fall gekommen.

Wir gingen auch der Frage nach, ob die Erstmanifestation der Psychose vor oder nach der Eheschließung erfolgte und wann und auf welche Weise der gesunde Partner vom Vorliegen einer Erkrankung informiert worden ist. Die besondere sozialpsychiatrische Situation des Zykllothymen offenbarte sich auch darin, daß in 44 Fällen die Erstmanifestation erst nach der Eheschließung erfolgte. Bei 10 Kranken war der Heirat bereits eine depressive Phase vorgegangen. Davon hatten 8 Kranke vor der Eheschließung den Partner jedoch selbst informiert, 2 Kranke allerdings hatten das Vorliegen des Leidens im irrtümlichen Vertrauen auf eine bereits erfolgte endgültige Heilung verschwiegen. Von den übrigen 6 Kranken waren 5 ledig und 1 Patientin lebte in einer eheähnlichen Partnerschaft.

Um zu prüfen, wie der gesunde gegenwärtige Ehepartner aus der Sicht des Kranken auf die erste in der Ehe ablauf-

fende Phase reagierte, ließen wir den Kranken selbst eine in unseren Fragebogen eingebaute abgestufte Fragenskala beantworten, die aus Tabelle 3 ersichtlich ist. Der Kranke durfte nur eine Möglichkeit wählen.

Tab. 3: Aus der Sicht des Kranken reagierte der gesunde gegenwärtige Ehepartner auf die erste in der Ehe ablaufende depressive Phase:

40 Kranke	mit einer Zunahme echter besorgter Zuwendung
1	mit nur als "Lippenbekenntnis" empfundenen Tröstungen
2	mit einem taktvoll beherrschten schweigenden Abwarten
3	es wurde keine erkennbare Reaktion bemerkt
6	mit einem gelegentlich ungeduldigen Abwarten
2	mit nicht immer ernst gemeinten, aber störenden Vorwürfen
0	mit offen-verletzenden Bemerkungen oder Handlungen
0	mit einer Scheidungsdrohung
6	entfällt, da z.Zt. nicht verheiratet oder in Ehe keine Phase

Die Zahlen zeigen, daß die Überwiegende Mehrzahl sich wohlwollend behandelt und verstanden fühlt. Immerhin beobachteten aber 14 Kranke an ihren Angehörigen eine reservierte bis ungeduldige Haltung. Diese 14 Kranken seien einer gesonderten Betrachtung unterzogen. Es handelte sich um 7 Männer und 7 Frauen mit einer dem Gesamtkrankengut entsprechenden Altersverteilung. Auffällig war aber, daß nur in 1 Fall eine Ersterkrankung vorlag, in 3 Fällen eine zweite Phase, in 1 Fall eine dritte Phase, während 9 Fälle unter den auch aus Tabelle 2 ersichtlichen häufigen Rezidiven litten. Unterstellt man, daß der Kranke in die Antwort auf diese Frage doch mehr den Gesamteindruck legt, den er von der Haltung des Angehörigen gegenüber seiner Krankheit hat, so bestätigt sich die schon eingangs genannte Erfahrung, daß zahlreiche Phasen den Partner zermürben, was der Kranke durchaus registriert. Ersterkrankungen werden dagegen eher wie eine akute, aber abklingende anderweitige Krankheit gemeinsam durchgestanden.

Dem Problem, wie der Kranke seine Situation in der Familie selbst beurteilt, gingen wir auch mit den aus Tabelle 4 ersichtlichen Fragen nach. Wiederum durfte in der vom Kranken selbst auszufüllenden Tabelle nur eine Möglichkeit angekreuzt werden.

Tab. 4: Die Situation des Kranken in seiner Familie aus seiner Sicht:

20 Kranke	Ich glaube, daß auch jetzt nichts ohne mich entschieden wird.
18	Ich glaube, daß auch jetzt wichtige Dinge nicht ohne mich entschieden werden.
1	Ich glaube, daß man mich z.Zt. nur in unbedeutenden Angelegenheiten fragt.
11	Ich glaube, daß man mir zur Schonung gegenwärtig alle Entscheidungen erspart.
6	Ich glaube, daß man meine vorübergehende Hilflosigkeit ein wenig ausnutzt und schnell vollendete Tatsachen schafft.
0	Ich glaube, daß man aus Eigennutz absichtlich verhindert, daß ich mitentscheiden kann.
1	Ich glaube, daß man mich aus Mißtrauen von allen Entscheidungen ausschließt.
2	Ich kann die Frage trotz langen Nachdenkens nicht beantworten.
1	Keine Angaben aus anderen Gründen.

Auch hier seien die sich ausgegliedert fühlenden Kranken einer gesonderten Betrachtung unterzogen. Gemeint sind die 19 Kranken von Zeile 3 bis 7 der Tabelle 4. Wiederum fanden sich hinsichtlich der Geschlechts- und Altersverteilung keine Auffälligkeiten. Eindeutig überwogen aber auch hierbei die Verläufe mit häufigen Rezidiven. Während im Gesamtkrankengut etwa die Hälfte erst eine oder zwei (2) Mal

war es unter diesen 19 Kranken mit 6 nur knapp ein Drittel. 13 Kranke hatten 3 und mehr Phasen. Kranke mit häufigen depressiven Phasen spüren also eine aktive Distanzierung des Partners.

In Tabelle 5 wird die Phase des Familienzyklus sowohl bei der Erstmanifestation als auch bei Untersuchungsbeginn für die 60 Kranken wiedergegeben.

Phasen des Familienzyklus	Familienstand bei	
	Erstmanifestation	Untersuchungsbeginn
Ledig, bei Eltern lebend	4	1
Ledig, alleine lebend	7	4
Weniger als 5 Jahre ohne Kinder verheiratet	2	2
5 und mehr Jahre ohne Kinder verheiratet	4	4
Mindestens ein minderjähriges Kind in Familie	33	32
Alle Kinder außer Haus	5	11
Geschieden oder verwitwet, nicht wieder verheiratet	5	6

Tab. 5: Phase des Familienzyklus bei Erstmanifestation und bei Untersuchungsbeginn.

Die Zahlen zeigen in besonderem Maße, wie sich diese Krankheit durch die für das Familienleben besonders wichtige

Mitte des Lebens zieht. Bei mehr als der Hälfte der Kranken befand sich sowohl bei der Erstmanifestation als auch bei Untersuchungsbeginn noch mindestens ein minderjähriges Kind in der Familie. Von den bei der Erstmanifestation noch ledigen 11 Kranken heirateten bis zum Untersuchungsbeginn 6. Es stieg aber auch die Zahl der Familien von 5 auf 11, in denen nach der Erstmanifestation die Kinder das Haus verlassen hatten.

Hinsichtlich der Schulbildung und der Verteilung auf die einzelnen Berufsgruppen sind für unser ohnehin eher unter familiensoziologischen Gesichtspunkten erfaßtes Krankengut keine Besonderheiten zu berichten. Nur 5 Kranke mußten durch die depressive Psychose einen beruflichen Abstieg hinnehmen, 2 schafften sogar nach der Erkrankung einen beruflichen Aufstieg, die überwältigende Mehrzahl erlitt in der beruflichen Stellung keine durch die Krankheit bedingten Veränderungen.

Besonderes Gewicht legten wir auf die quantitative Erfassung von Einstellungen mittels des Polaritätsprofils. Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse einer Befragung der Kranken. Auf einer 7-stufigen Skala mußten die Kranken mittels einer Liste von 24 polaren Eigenschaftsbegriffen ein Bild vom idealen Partner kennzeichnen und anschließend angeben, wie sie den in die Untersuchung einbezogenen Angehörigen gegenwärtig real beurteilen. Dargestellt sind die Mediane aus den Antworten aller 60 Kranken jeweils pro Zeile.



Die statistische Überprüfung der den beiden Kurven zugrundeliegenden Werte mit der Chi-Quadrat-Methode ergab auf dem 1 %-Signifikanzniveau für 23 der 24 Items keinen Unterschied zwischen Realbild und Idealbild. Lediglich bei Item 9 ($p < 1\%$) brachten die Kranken zum Ausdruck, die Angehörigen seien nicht so fröhlich, wie sie sich das wünschten. Viele Kranke fügten aber hinzu, das sei wohl eine Reaktion auf ihren Zustand. Sieht man von diesem isolierten und verständlichen Befund ab, so deckten sich Realbild und Idealbild.

Dieser Befund hat uns in gleicher Ausprägung bereits bei einer Vorauswertung anhand von 24 Kranken (BAER und LEHRL 1973) überrascht. Es liegt eine Idealisierung des Partners durch den depressiven Kranken vor, die teffend von einer 40-jährigen Ehefrau eines Bäckermeisters verbalisiert wurde: " Mein Mann kommt mir manchmal so vollkommen vor, daß ich Minderwertigkeitsgefühle bekomme. Wenn ich krank bin, ist dieses Gefühl besonders stark. Er macht keine Fehler, er wird nie krank, er erträgt alles, wie es eben kommt ". Gleichsinnig äußerte sich ein 47-jähriger Jurist: " Wenn ich krank bin, kommt meine Frau mir stärker vor in ihrer Haltung. Jetzt ist sie die stärkere. Wenn ich gesund bin, bin ich eher ein Halt für sie ".

Wir sehen in diesem Ergebnis eine verallgemeinerte Bestätigung der Feststellungen von KRANZ (1955, 1969) über den Autismus Depressiver. Der Zykllothyme ist in seiner Psychose gehindert an einer aktiven Auseinandersetzung mit dem, was ihn umgibt, sei es die kulturelle oder zeitgeschichtliche Atmosphäre bei den Kranken von KRANZ oder die Familienatmosphäre bei den unsrigen. Der Autismus des Zykllothymen bewirkt, daß das Bild des Angehörigen besetzt wird mit Vorstellungen aus der eigenen Wunschwelt. Der Partner wird wohl auch im Bewußtsein der eigenen momentanen Insuffizienz, der durch die zykllothyme Depression bewirkten und von der Schwere abhängigen Einschränkung der inneren

Möglichkeiten, der Reduktion der reallimitierten Potenzen (WIECK 1967), vom Kranken so idealisiert, daß Idealbild und Realbild sich decken.

Jetzt kann der methodische Einwand gemacht werden, dieser Befund sei eigentlich eine Selbstverständlichkeit, denn der Partner sei eben gesund und müsse deshalb ohnehin positiv beurteilt werden. Hiergegen ist bereits aus den schon dargelegten Befunden zu bemerken, daß Enttäuschungen über mangelndes Verständnis oder anderweitige innerfamiliäre atmosphärische Trübungen durchaus zu einem negativeren Bild vom Partner hätten führen können. In den Rang eines für Zyklothyme geradezu spezifischen Befundes rücken die Ergebnisse aber bei dem noch anzustellenden Vergleich mit den Polaritätsprofilen Schizophrener. Schließlich wird diese Frage bei der Nachuntersuchung nach Teil- oder Vollremission erneut aufgegriffen.

Der Einfluß des Altersfaktors auf verschiedene Parameter wurde bereits dargestellt. Wir prüften auch für die aus Tabelle 1 ersichtlichen beiden Gruppen älterer und jüngerer Kranker, ob die mit dem Polaritätsprofil erfaßten Einstellungen eine Altersabhängigkeit zeigen. Mit HUHN und BÜCKER (1967) registrieren wir zwar die malignere Verlaufsform der jenseits des 60. Lebensjahres erstmals an einer Zyklothymie Erkrankten und die hohe Zahl von Kranken aus ihrer katamnästischen Untersuchungsserie, die in einem depressiven Stupor endeten. Eine Sonderstellung im Hinblick auf Verlauf und Prognose kommt nach diesen Untersuchungen dieser Krankengruppe jedoch nicht zu. Besonderheiten des psychopathologischen Querschnittsbildes älterer Zyklothymen bestehen mehr im qualitativen Bereich. Erinnert sei an die Beschreibung der "erstarrenden Rückbildungsdepression" durch MEDOW (1922), deren erneute kasuistische Untermauerung durch PETRILOWITSCH (1959) sowie an die Darstellung der Altersfärbung zyklolythymen

Phasen durch ZEH (1957), wonach die Altersdepressionen durch Eintönigwerden und Hartnäckigkeit der Symptomatik gekennzeichnet sind. An die Stelle der weichen, schwingungsfähigen Verstimmungen der jüngeren Jahre treten mürrische Gereiztheit, Versteinerung, Starre, Angst, Getriebenheit. Das Verhalten wird einförmiger, die Klagen werden stereotyper, triebhaftes Jammern und Nörgeln machen sich bemerkbar.

Der Vergleich der Polaritätsprofile ergab, daß jüngere und ältere Kranke das gleiche Idealbild vom gesunden Angehörigen haben. Die Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Verfahren ergab auf dem 1 %-Niveau für keines der 24 Items eine signifikante Differenz. Das gleiche gilt für die Werte, die sich ergaben, als die jüngeren und älteren Kranken ihre Angehörigen real beurteilten. Die diesbezüglichen Ergebnisse für die Beurteilung der Kranken durch die Angehörigen werden im nächsten Kapitel dargestellt.

Weiterhin prüften wir auch die Frage geschlechtsspezifischer Unterschiede in den mit dem Polaritätsprofil erfaßten Einstellungen. Im Idealbild, das die Kranken von ihren Angehörigen kennzeichneten, ergaben sich beim Vergleich der männlichen mit der weiblichen Krankengruppe lediglich statistisch auffällige ($p < 5\%$) Unterschiede bei den Items 5, 6, 16, 22 und 23. Die weiblichen Kranken wünschten sich mehr als die männlichen Kranken einen selbständigen, zugleich aber nachgiebigen, gutmütigen, starken und reichen Partner. Bei diesen Items waren die Wünsche der männlichen Kranken bescheidener, mehr zur neutralen Mitte der Skala tendierend.

Beim Realbild, das die Kranken von den Angehörigen hatten, ergaben sich in beiden Geschlechtsgruppen Unterschiede bei den Items 13 und 22 sowie 24. Auch real waren die zumeist aus den Ehemännern bestehenden Angehörigen im

Urteil der weiblichen Kranken tapferer, stärker ($p < 5\%$) und vor allem klüger ($p < 1\%$). Ob die signifikant depressive weibliche Gruppe eine größere Idealisierungstendenz des Partners aufweist oder ob hier nur kulturelle " Vorurteile " das Bild prägen, muß offen bleiben.

Ein letzter Vergleich galt der unterschiedlichen Phaserhäufigkeit. Verglichen wurden die beiden aus Tabelle 2 ersichtlichen Gruppen mit Erst- und Zweitphasen einerseits und drei und mehr Phasen andererseits. Ein Unterschied bezüglich des Idealbildes, das die Kranken vom Partner hatten, ergab sich mit der Chi-Quadrat-Methode nur bei Item 1 ($p < 5\%$). Die Kranken mit den häufigen Rezidiven sind in den Ansprüchen an das Taktgefühl der Angehörigen " bescheidener " geworden.

Bezüglich des Realbildes ergaben sich in diesen beiden Gruppen Unterschiede wiederum bei Item 1 ($p < 5\%$), aber auch bei den Items 8 ($p < 5\%$) und 24 ($p < 1\%$). Die Kranken mit den häufigeren Rezidiven hielten ihre Angehörigen für weniger taktvoll, sparsam und klug als die Vergleichsgruppe mit den Erst- und Zweiterkrankungen, mit großer Wahrscheinlichkeit eine Folge der wechselseitigen negativeren Erfahrungen miteinander.

Einer vertieften Analyse der sich bereits abzeichnenden Sachverhalte dienen die faktorenanalytischen Ergebnisse der Polaritätsprofile. Als faktorenanalytisches Verfahren diente die Hauptkomponentenanalyse (principal component analysis, HOTELLING 1933). Die Rotation wurde nach dem Varimax-Kriterium (KAISER 1958) durchgeführt, die Einfachstruktur voraussetzend. Als formales Abbruchkriterium der Faktorenlösungen galt spätestens die Stelle, an der der Eigenwert 1,00 unterschritt, andernfalls die Stelle, an der in der Reihe der Eigenwerte ein auffälliger Sprung entstan-

den war. Über die inhaltlichen Abbruchkriterien wird bei der Besprechung der einzelnen Lösungen, wo erforderlich, eine Aussage gemacht. Auch diese Berechnungen wurden im Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg auf der CD 3300 durchgeführt. Das Programm wurde freundlicherweise von Herrn Diplom-Mathematiker B. KOPP zur Verfügung gestellt. Die EDV-Berechnungen wurden wiederum durch Herrn Dipl.-Psychol. S. LEHRL ausgeführt.

Für die Prüfung der Frage, ob eine Variable signifikant auf dem Faktor lädt, wurden die Zufallshöchstwerte bis Korrelationskoeffizienten (E. WEBER 1967, Tafel 11, Seite 621) für 58 Freiheitsgrade bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 1\%$ bestimmt. Dieser Wert liegt bei 0,33. Um jedoch übersichtliche, sinnvolle und interpretierbare Zusammenhänge erfassen zu können, wurde als Ladungsniveau 0,50 festgelegt. Alle angegebenen Faktorenladungen sind somit hochsignifikant (für 0,41 ist $p < 0,1\%$).

Tabelle 6 zeigt das Ergebnis der Faktorenanalyse des Realbildes, das die Kranken vom Angehörigen haben.

Variable	Faktor
1 taktvoll-taktlos	<u>0.785</u>
2 fleißig-faul	<u>0.549</u>
3 feinführend-roh	<u>0.681</u>
4 besorgt-gleichgültig	0.416
5 selbständig-unselbständig	- 0.196
6 nachgiebig-rechthaberisch	<u>0.658</u>
7 aufrichtig-unaufrichtig	<u>0.522</u>
8 sparsam-verschwenderisch	<u>0.556</u>
9 fröhlich-traurig	- 0.053
10 energisch-lahm	0.053
11 offen-verschlossen	0.259
12 ausgeglichen-launisch	<u>0.731</u>
13 tapfer-feige	<u>0.711</u>
14 friedlich-zänkisch	<u>0.757</u>
15 vertrauensvoll-mißtrauisch	0.476
16 gutmütig-gefährlich	<u>0.688</u>
17 berechenbar-unberechenbar	0.494
18 pünktlich-unpünktlich	0.355
19 zuverlässig-unzuverlässig	<u>0.626</u>
20 gemütvoll-gemütlos	<u>0.505</u>
21 ordentlich-unordentlich	0.251
22 stark-schwach	0.429
23 reich-arm	0.413
24 klug-beschränkt	<u>0.590</u>
!	
Anteilstwerte an der Gesamtvarianz	0.282
Anteilstwerte an der gemeinsamen Varianz	1.000

Tabl. 6: Faktorenanalyse des Realbildes, das die Kranken vom Angehörigen haben. Einfaktoren-

Die Auswertung der Lösungen für zwei, drei und vier Faktoren ergab ebenfalls nur Ladungen auf Faktor eins, so daß die Analyse an dieser Stelle abgebrochen wurde mit dem Ergebnis, daß die Einfaktorenlösung den Sachverhalt angemessen beschreibt. Dieser in Tabelle 6 dargestellte Faktor wird durch folgende Variable, mit der stärksten Ladung beginnend, gekennzeichnet:

Faktor 1: taktvoll
 friedlich
 ausgeglichen
 tapfer
 gutmütig
 feinführend
 nachgiebig
 zuverlässig
 klug
 sparsam
 fleißig
 aufrichtig
 gemütvoll

Es bestätigt sich somit auch faktorenanalytisch, daß das Realbild, das der Kranke vom Angehörigen hat, wenig strukturiert ist und eher der Vorstellung als der Erfassung der Wirklichkeit entspringt. Diese Feststellung wird verdeutlicht durch den Vergleich mit den in Tabelle 7 dargestellten Ergebnissen.

Es zeigte sich nämlich, daß sich auch bei der faktorenanalytischen Auswertung des Idealbildes, das die Kranken vom Angehörigen haben, eine Einfaktorenlösung ergab.

Variable	Faktor
1 taktvoll-taktlos	<u>0.661</u>
2 fleißig-faul	<u>0.685</u>
3 feinführend-roh	<u>0.592</u>
4 besorgt-gleichgültig	<u>0.788</u>
5 selbständig-unselbständig	<u>0.743</u>
6 nachgiebig-rechthaberisch	0.360
7 aufrichtig-unaufrichtig	0.377
8 sparsam-verschwenderisch	<u>0.593</u>
9 fröhlich-traurig	<u>0.525</u>
10 energisch-lahm	<u>0.599</u>
11 offen-verschlossen	<u>0.511</u>
12 ausgeglichen-launisch	<u>0.526</u>
13 tapfer-feige	<u>0.784</u>
14 friedlich-zänkisch	<u>0.749</u>
15 vertrauensvoll-mißtrauisch	<u>0.519</u>
16 gutmütig-gefährlich	<u>0.698</u>
17 berechenbar-unberechenbar	<u>0.581</u>
18 pünktlich-unpünktlich	<u>0.668</u>
19 zuverlässig-unzuverlässig	<u>0.637</u>
20 gemütvoll-gemütlos	<u>0.697</u>
21 ordentlich-unordentlich	<u>0.712</u>
22 stark-schwach	0.424
23 reich-arm	0.135
24 klug-beschränkt	<u>0.549</u>
Anteilwerte an der Gesamtvarianz	0.368
Anteilwerte an der gemeinsamen Varianz	1.000

Tab. 7: Faktorenanalyse des Idealbildes, das die Kranken vom Angehörigen haben. Einfaktoren-

Dieser in Tabelle 7 dargestellte Faktor wird durch folgende Variable, mit der stärksten Ladung beginnend, gekennzeichnet:

Faktor 1: besorgt
tapfer
friedlich
selbständig
ordentlich
gutmütig
gemütvoll
fleißig
pünktlich
taktvoll
zuverlässig
energisch
sparsam
feinführend
berechenbar
klug
ausgeglichen
fröhlich
vertrauensvoll
offen

Die bereits dargestellten Befunde über die Idealisierungsneigung, die sich in der Übereinstimmung von Realbild und Idealbild zeigt, werden somit auch faktorenanalytisch bestätigt. Das Idealbild enthält erwartungsgemäß eine fast vollständige Aufzählung der überhaupt möglichen positiven Antworten.

2. Die erste Befragung der Angehörigen

Die gleichgewichtige Einbeziehung der Angehörigen ist eine wesentliche Bedingung für den sozialpsychiatrischen Charakter unserer Untersuchung. Zu den üblichen Besuchszeiten erfaßten wir innerhalb der Klinik von jedem der 60 Kranken den nächststehenden für uns erreichbaren Angehörigen, und zwar:

46 Ehepartner

3 Väter bzw. Mütter ,

6 erwachsene Kinder und

5 Geschwister oder sonstige nahe Angehörige

Es handelte sich somit in allen Fällen um Personen, zu denen sich in jahrelanger Lebensgemeinschaft in gesunden Tagen ein bestimmtes zwischenmenschliches Verhältnis entwickelt hatte. Die Ergebnisse der Befragung dieser Angehörigen werden zunächst für die ganze Gruppe dargestellt.

In der Mehrzahl der Fälle, nämlich bei 43 Kranken, erfuhr der Angehörige erstmals durch den erstbehandelnden Arzt vom Vorliegen einer Gemütskrankung. Immerhin teilten aber 7 Kranke selbst erstmalig ihren Angehörigen das Leiden mit und 6 Angehörige äußerten aus eigener Beobachtung erstmals einen Krankheitsverdacht. In den fehlenden 4 Fällen wurde die Diagnose unter anderem von dritten Angehörigen übermittelt.

Aus Tabelle 8 ist ersichtlich, wieviele Phase der befragte Angehörige im unmittelbaren Kontakt mit dem Kranken erlebt hat. Im Vergleich zu Tabelle 2 sind die Antworten bei einer und zwei Phasen häufiger, da ja zum Beispiel bei 10 Kranken der Heirat bereits eine depressive Phase vorausgegangen war.

Phasenzahl	Fall- zahl
0 Phasen	1
1	21
2	15
3	6
4	6
5	3
6	2
7	0
8 und mehr Phasen	3
keine Angaben	3

Tab. 8: Zahl der Phasen, die der Angehörige im unmittelbaren Kontakt mit dem Kranken erlebt hat.

Diese Häufigkeiten wurden in Beziehung gesetzt zu den aus Tabelle 9 ersichtlichen, vom Angehörigen selbst anzukreuzenden Antworten auf die Frage, wie er die augenblickliche Insuffizienz des Kranken bewertet.

Tab. 9: Nach meinen bisherigen Erfahrungen glaube ich vom Kranken:

38 Angehörige	daß man ihm gegenwärtig wegen seiner Krankheit nichts übel nehmen darf.
16	daß er sich mit etwas gutem Willen doch ein wenig mehr zusammennehmen könnte.
3	daß er sich einfach gehen läßt.
2	daß er absichtlich seine Laune an mir ausläßt.
1	keine Angaben

Die Überwiegende Mehrzahl " exkulpierte " somit die momentane Insuffizienz des Kranken. Immerhin äußerten sich aber 21 Angehörige mehr oder weniger kritisch. Auf der Suche nach besonderen Ursachen dieser kritischeren Einstellung ergab sich keine Beziehung zur Anzahl gemeinsam erlebter Phasen. Mit 10 Fällen lagen in etwa der Hälfte dieser 21 Fälle gemeinsam erlebte Erst- und Zweitphasen vor, während drei und mehr gemeinsam erlebte Phasen bei 9 Fällen gegeben waren. In den beiden fehlenden Fällen waren die Angaben der Angehörigen nicht ausreichend genau. Auf der Suche nach weiteren eventuellen Ursachen ergab sich, daß die Kranken mit 9 Männern und 12 Frauen in der Geschlechtsverteilung dem Gesamtkrankengut entsprachen und auch in der Altersverteilung nicht vom Gesamtkrankengut abwichen. Jedoch war der Mittelwert aus der mit dem BECK-Test bestimmten Depressionstiefe bei den 21 Kranken mit ungeduldiger

als bei den übrigen 39 Kranken mit $24,2 (\pm 8,7)$. Zwar war auch dieses Ergebnis statistisch nicht signifikant ($t = 1,68$; 58 Freiheitsgrade; $10 \% > p > 5 \%$), doch wird in den Zahlen immerhin eine Tendenz deutlich, die einer Interpretation bedarf. Offenbar wird eine leichte Depression, die für den gesunden Partner erträgliche und überblickbare Konsequenzen hat, toleriert. Mit zunehmender Schwere der Erkrankung nimmt paradoxerweise die Bereitschaft des gesunden Partners ab, die Insuffizienz des Kranken mit der Psychose zu exkulpieren. Gerade der Schwer- kranke sieht sich tragischerweise häufiger der Einstellung gegenüber, daß er sich mit etwas gutem Willen etwas mehr zusammennehmen könnte oder gar, daß er sich einfach gehen lasse.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit dieser Problematik steht eine weitere Frage, die wir den Angehörigen vorlegten. Auf die aus Tabelle 10 ersichtlichen Fragen durfte nur eine Antwort vom Angehörigen gegeben werden.

Tab. 10 : Am meisten stört mich an dem Gemütsleiden:

0 Angehörige	Eigentlich stört mich nichts.
25	Die traurige Stimmung des Kranken.
7	Das Gehemmtsein des Kranken.
10	Die Ruhelosigkeit des Kranken
4	Daß man mit dem Kranken nicht mehr wie früher reden kann.
3	Daß er so merkwürdige Dinge sagt, seit er krank ist.
7	Daß er so schlecht schläft.
4	Daß ich mit ihm nicht mehr wie früher unter die Leute gehen kann.

25 Angehörige störte die Depressivität am meisten. Es folgen Agitiertheit und Hemmung. Hier werden Elementarsymptome der Krankheit in ihrem Gewicht von den Angehörigen richtig erfaßt. Alle anderen angebotenen Möglichkeiten treten demgegenüber bei der Zykllothymie deutlich in den Hintergrund.

Noch eindeutiger kommt die Erfassung der Elementarsymptome in den in Abbildung 3 dargestellten Ergebnissen der Be-fragung der Angehörigen mittels des Polaritätsprofils zum Vorschein. Die statistische Überprüfung der den beiden Gruppen zugrundeliegenden Werte mit dem Chi-Quadrat-Verfahren ergab auf dem 1 %-Signifikanzniveau Unterschiede

In der Wahl der Kurve des Idealbildes als Bezugslinie für die unterschiedlichen Differenzen zum Realbild wurden wir dadurch bestärkt, daß die Idealbilder der 60 Kranken und der 60 Angehörigen vom jeweiligen Partner sich völlig deckten. Keines der 24 Items wies statistisch signifikante Differenzen auf. Unsere Betrachtungen stützen sich also auf den Vergleich mit Normen, die für Kranke und Angehörige gleichermaßen verbindlich sind.

Insgesamt fällt auf, daß das Realbild nahezu vollständig auf der negativen Seite des Idealbildes verläuft. Diese Feststellung wäre eine Selbstverständlichkeit, wenn das Idealbild eine konstant extrem auf der linken Seite verlaufende Kurve wäre. Das ist aber, wie aus Abbildung 3 ersichtlich wird, nicht der Fall. Im Übrigen werden wir in diesem Kapitel sehen, daß es durchaus vom Altersfaktor abhängige unterschiedliche Idealvorstellungen vom Partner gibt. Wir verbleiben somit bei der Feststellung, daß die Angehörigen ein mehr oder weniger durchgehend negatives Bild vom Kranken kennzeichnen im Gegensatz zu der in Abbildung 2 dargestellten Idealisierung der Angehörigen durch die Kranken.

Innerhalb dieses negativeren Bildes gibt es aber starke Schwankungen mit Bereichen, in denen die Angehörigen offenbar als nicht verändert empfundene Wesensmerkmale der Persönlichkeit registrieren. In besonderem Maße gilt das für die Eigenschaften feinführend, besorgt, nachgiebig, sparsam, friedlich, gutmütig, ordentlich ($p > 5\%$). Eine reservierte, indifferente Mittelstellung wird eingenommen bei den Begriffspaaren offen - verschlossen, ausgeglichen - launisch, tapfer - feige, vertrauensvoll - mißtrauisch und berechenbar - unberechenbar. Eindeutig



Abb. 3: Die Angehörigen beurteilen die Kranken.
Ausgezogen: Realbild. Gestrichelt: Idealbild.

negativ ist das Urteil mit den Eigenschaften unselbständig, traurig, lahm und schwach ($p < 1\%$). Schon vor der Faktorenanalytischen Auswertung läßt sich abschätzen, daß die Leitsymptome der Depressivität und der Hemmung aufgrund ihrer hohen Penetranz klar registriert werden. Unselbständigkeit und Schwäche kennzeichnen die Insuffizienz des aktuellen Erlebensbereiches.

Unsere Ergebnisse regen zu einem Vergleich an mit Hinweisen von JAECKEL und WIESER (1967) auf die Untersuchungen von NUNNALLY (1961). Im Vergleich mit dem " Durchschnittsmenschen " gilt der " Geisteskranke " in der Einstellung der Bevölkerung als wertlos, gefährlich, kalt, unberechenbar, unaufrichtig, unzuverlässig - ein Bild, von dem sich unsere auf der Einstellung der Angehörigen beruhenden Ergebnisse dennoch wohltuend abheben. Die negative Beurteilung unserer Kranken gilt vorwiegend der tatsächlich veränderten Emotionalität und der verminderten Leistungsfähigkeit. Die großen Bereiche intakter bipersonaler Beziehungen mit sich in vielen Begriffspaaren als erhalten darstellender Wertschätzung der Persönlichkeit des Kranken berechtigen uns zu dem Schluß, daß gegenüber unseren Kranken nicht jene " unsichtbare Schranke " besteht, die JAECKEL und WIESER (1967) für psychisch Kranke allgemein beschreiben. Als Ursache hierfür möchten wir ansprechen, daß die von diesen Autoren genannten Kriterien, die das Publikum zur Identifizierung von Geisteskranken anwendet, nämlich der Zusammenbruch der Verstandesfunktionen, der Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten und extrem abweichendes Verhalten, auf zyklotym Depressive nicht zutreffen, soweit das Verhältnis zwischen Kranken und Angehörigen einen Vergleich zuläßt.

Bezüglich des Altersfaktors ergab sich, daß in den beiden aus Tabelle 1 ersichtlichen Altersgruppen der 44-

geren Kranken und derjenigen, die 50 Jahre und älter waren, das Realbild, das die Angehörigen vom Kranken haben, ohne eine statistisch zu sichernde Differenz war. Die lediglich qualitativen Besonderheiten der " Altersfärbung " zyklotyper Psychosen hatten keinen quantitativ nachweisbaren Einfluß auf die bipersonalen Beziehungen.

Unterschiede ergaben sich nur bezüglich des Idealbildes, das die Angehörigen der jüngeren und älteren Depressiven vom Kranken haben. Die Antworten der Angehörigen der älteren Kranken lagen durchwegs mehr am positiven Pol der Skala als die der jüngeren Gruppe. Die statistische Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Verfahren ergab für die aus Abbildung 3 ersichtlichen Items 13 und 16 einen statistisch signifikanten ($p < 1\%$) und für die Items 3, 12, 14, 20 und 24 einen statistisch auffälligen ($p < 5\%$) Unterschied zwischen den Antworten auf der 7-stufigen Skala. In diesem Bereich ist somit das Wunschbild der älteren gesunden Angehörigen anspruchsvoller, " gereifter " als das der jüngeren.

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Besonderheiten ergaben sich bezüglich des Idealbildes, das die Angehörigen der männlichen und weiblichen Kranken vom Partner haben, keine Unterschiede.

Bezüglich des Realbildes bestand nur bei Item 4 ($p < 5\%$) ein Unterschied in den beiden Geschlechtsgruppen. Während die weiblichen Kranken von ihren Angehörigen häufiger als " besorgt " bezeichnet wurden, wurden die männlichen Kranken häufiger " gleichgültig " genannt. Wir erinnern daran, wie oft kranke Mütter ganz allgemein ihre letzten Kräfte zur Wahrnehmung ihrer häuslichen Pflichten zu mobilisieren versuchen, was man von kranken Männern nicht immer behaupten kann. Dem Autor sei das selbstkritische Opfer an die wissenschaftliche

Genauigkeit der soziologischen Deskription verziehen.

Der Vergleich der beiden aus Tabelle 2 ersichtlichen Gruppen mit unterschiedlicher Phasenhäufigkeit ergab weder für das Idealbild noch für das Realbild Unterschiede im Polaritätsprofil, das die Angehörigen von den Kranken erstellten. Dieser Befund steht im Einklang mit den im Zusammenhang mit Tabelle 9 dargestellten Ergebnissen.

Die faktorenanalytische Auswertung der Polaritätsprofile wurde mit der bereits dargestellten Methodik für das Realbild durchgeführt, das die Angehörigen vom Kranken haben und das aus Abbildung 3 ersichtlich ist. Die schrittweise Erarbeitung einer Vierfaktorenlösung hat zu einem außerordentlich Überraschenden, weil zwanglos interpretierbaren und mit dem soziologischen Schichtmodell erstaunlich übereinstimmenden Ergebnis geführt. Die zahlenmäßigen Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt. Nach Extrahierung von vier Faktoren erfolgte der Abbruch, weil auf Faktor 5 nur noch die Variable 23 (reich - arm) lud, die von den Probanden ohnehin als fremd in der Liste bezeichnet wurde.

Variable	Faktoren				Kommunalitäten h^2
	1	2	3	4	
1 taktvoll-taktlos	0.392	0.478	0.260	-0.211	0.494
2 fleißig-faul	0.033	0.556	0.557	0.130	0.637
3 feinführend-roh	0.752	0.042	-0.041	0.258	0.635
4 besorgt-gleichgültig	0.307	-0.070	0.211	0.686	0.614
5 selbständig-unselbständig	0.119	0.431	0.385	0.450	0.551
6 nachgiebig-rechtschaffen	0.613	-0.281	0.167	0.317	0.584
7 aufrichtig-unaufrichtig	0.214	0.031	0.097	0.632	0.456
8 sparsam-verschwendungssüchtig	0.251	-0.277	0.704	0.165	0.663
9 fröhlich-traurig	0.109	0.553	-0.038	0.367	0.454
10 energisch-lahm	-0.167	0.781	0.260	0.130	0.722
11 offen-verschlossen	0.254	0.102	0.257	0.725	0.666
12 ausgeglichen-launisch	0.409	0.101	0.024	0.443	0.374
13 tapfer-feige	0.382	0.240	0.332	0.396	0.471
14 friedlich-zänkeisch	0.858	-0.035	0.108	0.185	0.783
15 vertrauensvoll-mißtrauisch	0.522	0.381	0.172	0.418	0.622
16 gutmütig-gefährlich	0.882	-0.084	0.176	0.045	0.818
17 berechenbar-unberechenbar	0.642	0.043	0.250	0.282	0.556
18 pünktlich-unpünktlich	0.060	0.075	0.743	0.329	0.669
19 zuverlässig-unzuverlässig	0.252	0.147	0.827	0.308	0.864
20 gemütlich-gemüßlos	0.627	0.182	0.035	0.221	0.476
21 ordentlich-unordentlich	0.045	0.295	0.619	-0.072	0.477
22 stark - schwach	-0.081	0.777	0.095	0.136	0.638
23 reich - arm	-0.030	0.430	-0.165	-0.119	0.227
24 klug - beschränkt	0.323	0.563	0.220	0.026	0.471
Anteilwerte an der Gesamtvarianz	0.188	0.137	0.133	0.122	0.580
Anteilwerte an der gemeinsamen Varianz	0.324	0.236	0.229	0.210	1.000

Tab. 11 : Faktorenanalyse des Realbildes, das die Angehörigen vom Kranken haben. Vierfaktorenlösung.

Nachfolgend werden die in Tabelle 11 gekennzeichneten Faktoren dargestellt und benannt, wiederum beginnend mit der höchsten Ladung der Variablen auf dem Faktor.

1. Faktor: Der erhaltene Persönlichkeitskern:

gutmütig
friedlich
feinführend
berechenbar
gemütvoll
nachgiebig
vertrauensvoll

2. Faktor: Die aktuelle Insuffizienz:

lahm
schwach
(beschränkt)
faul
traurig

3. Faktor: Die aktive Distanzierung:

unzuverlässig
(unpünktlich)
sparsam
unordentlich
faul

4. Faktor: Die erschwerte Kommunikation:

verschlossen
(gleichgültig)
(unaufrichtig)

Bei der Zuordnung zum positiven oder negativen Pol der Eigenschaftsbegriffe wurde auch die aus Abbildung 3 ersichtliche Lage der Mittelwerte für jede Variable berücksichtigt. In Klammern gesetzt und bei der Interpretation der Faktoren nicht berücksichtigt wurden diejenigen Be-

griffe, die zwar negative Abweichungen vom Wunschbild darstellten, mit ihrem Absolutwert aber noch im positiven Bereich der Skala lagen und bei denen die im Zusammenhang mit Abbildung 3 dargestellten Berechnungen keine statistisch signifikanten Abweichungen zwischen Realbild und Wunschbild ergeben hatten. Die Wahl des positiven oder negativen Pols der Begriffspaare hing somit von der Lage der Mittelwerte und den statistisch gesicherten negativen Abweichungen vom Wunschbild ab. Das Ziel war die Gewinnung einer interpretierbaren Lösung. Dieses Anliegen dürfte zwanglos erfüllt worden sein.

Die ersten beiden Faktoren legen eine strukturpsychopathologische Interpretation nahe. Die zylothyme Depression ist gekennzeichnet durch eine Alteration der Erlebnissphäre. Die Persönlichkeitsstruktur mit ihren im Laufe des Lebens verfestigten Dispositionen bleibt intakt und voll wirksam. Von ihr geht beim zylothym Depressiven ein Anspruchsniveau aus, dem das aktuelle Erleben nicht gewachsen ist (PETRILOWITSCH 1958, BAER 1972). Die hohe Penetranz (WIECK 1967) dieser psychopathologisch erfaßbaren Zusammenhänge wurde bereits bei der einfachen Beschreibung der Polaritätsprofile deutlich. Die Angehörigen registrierten mit großer Sicherheit erhaltene und veränderte Persönlichkeitsbereiche.

Die Faktorenanalyse hat darüberhinaus verdeutlicht, daß intakte kernhafte Bereiche (im Sinne der Strukturpsychologie F. KRUEGERS, 1953 und A. WELLEKS, 1959) der Persönlichkeitsstruktur einen geschlossenen Faktor von großer sozialpsychiatrischer Relevanz darstellen. Mit der Einschätzung als " gutmütig, friedlich oder feinführend " offenbart sich das erhaltene Vertrauen in die dauerhaften, diaphänomenalen (WIECK 1967) Bereiche der Persönlichkeit. Eine wichtige Voraussetzung für die trotz der Krankheit erhaltene und sich im klinischen Alltag an den Besuchstagen

manifestierende echte Bindung der Kranken und Angehörigen aneinander wurde somit auch faktorenanalytisch nachgewiesen.

Gleichermaßen deutlich stellte sich die im phänomenalen Bereich (WIECK 1967) vorhandene aktuelle Insuffizienz des Erlebens dar. Hemmung und Traurigkeit bilden einen gemeinsamen Faktor. Der Kranke erscheint auf eine ganz allgemeine Weise schwach.

Es mag Überraschen, daß die strukturtheoretisch vollzogene Trennung von Persönlichkeitsstruktur und Erlebnissphäre sich auch mit unserer Methodik so deutlich durch zwei diesen Bereichen zugehörige Faktoren auch in der Einschätzung durch die Angehörigen dargestellt hat. Hinsichtlich dieser beiden Faktoren lag dieses Ergebnis aus klinisch-empirischen Gründen aber doch nahe. Das gilt nicht im gleichen Maße für den dritten und vierten Faktor. Mit der Einschätzung als " unzuverlässig, unordentlich und faul " treten erstmals der Persönlichkeit unangemessene negative Wertungen auf. Gerade die Ordentlichkeit ist ja ein Wesensmerkmal der prämorbidn Persönlichkeitsstruktur des Depressiven. Es tritt hier offensichtlich eine aktive Distanzierung des Angehörigen vom Kranken ein. Vergleiche drängen sich auf mit den bereits dargestellten kritischen Äußerungen der Ungeduld im Zusammenhang mit Tabelle 9, wie sie besonders bei schweren Depressionen auftreten können. Für diesen " Faktor der aktiven Distanzierung ", mehr aber noch für den der " erschwerten Kommunikation " erweist sich der eingangs genannte Vorteil der faktorenanalytischen Methode, die darin besteht, daß " aus dem Hintergrund wirkende Größen ", die Faktoren, erfaßt werden, die sich der unmittelbaren Registrierung verschließen.

Wir wollen mit der Interpretation dieser Faktorenlösung noch einen Schritt weitertreiben. Es wurde bereits

ausführlich dargelegt, daß das Schichtmodell der zwischenmenschlichen Beziehungen von HOMANS der sozialpsychiatrischen Problematik der Zykllothymie in hohem Maße gerecht wird. Auch die vier dargestellten Faktoren lassen sich eindeutig in dieses Schichtmodell einfügen. Die aktuelle Insuffizienz bedingt eine Behinderung der Aktivitäten. Die erschwerte Kommunikation führt zu einer Reduzierung der Interaktionen. Verletzte gemeinsame Normen schlagen sich nieder im Faktor der aktiven Distanzierung. Dagegen möchten wir aus dem Aufbau des ersten Faktors ableiten, daß die Schichten der Gefühle und Werte keine sich sozialpsychiatrisch auswirkenden Einbußen erfahren haben, soweit das die Beurteilung des Kranken durch den Partner betrifft. Die Änderungen der Wertrelevanzen beim Kranken selbst haben in diesem Urteil keine Entsprechung.

Schließlich wurde auch das Idealbild, das die Angehörigen vom Kranken haben, einer Faktorenanalyse unterzogen. Das Ergebnis einer Vierfaktorenlösung zeigt Tabelle 12.

Es ergaben sich die folgenden Faktoren, wobei wiederum die Variable mit der stärksten Ladung zuerst genannt ist:

- | | |
|------------------|---|
| <u>Faktor 1:</u> | selbständig
energisch
nachgiebig
taktvoll
friedlich |
| <u>Faktor 2:</u> | gutmütig
vertrauensvoll |
| <u>Faktor 3:</u> | pünktlich
berechenbar |
| <u>Faktor 4:</u> | ausgeglich |

Variable	Faktoren				Kommunalitäten h^2
	1	2	3	4	
1 taktvoll-taktlos	0,608	0,167	-0,263	-0,200	0,507
2 fleißig-faul	0,280	-0,193	0,154	-0,210	0,184
3 feinführend-roh	-0,424	-0,110	0,228	0,657	0,676
4 besorgt-gleichgültig	-0,748	-0,166	0,058	0,174	0,621
5 selbständig-unselbständig	0,758	-0,002	0,055	0,129	0,595
6 nachgiebig-rechthaberisch	0,677	-0,003	-0,276	-0,123	0,549
7 aufrichtig-unaufrichtig	0,274	0,163	-0,178	-0,348	0,254
8 sparsam-verschwenderisch	-0,221	-0,129	0,018	0,742	0,617
9 fröhlich-traurig	0,479	0,304	0,060	-0,495	0,571
10 energisch-lahm	0,751	-0,070	-0,100	-0,273	0,653
11 offen-verschlossen	0,419	0,408	0,136	-0,050	0,363
12 ausgeglichen-launisch	-0,011	-0,101	-0,027	0,822	0,686
13 tapfer - feige	0,045	-0,223	0,078	-0,583	0,398
14 friedlich-zänkeisch	0,568	-0,153	-0,058	-0,304	0,442
15 vertrauensvoll-mißtrauisch	0,071	0,580	-0,027	-0,013	0,342
16 gutmütig-gefährlich	0,161	0,763	-0,118	0,059	0,625
17 berechenbar-unberechenbar	-0,022	-0,052	0,676	-0,134	0,477
18 pünktlich-unpünktlich	0,216	0,107	0,782	0,005	0,671
19 zuverlässig-unzuverlässig	0,008	-0,638	0,419	0,078	0,589
20 gemütvoll-gemütlos	0,185	-0,156	-0,719	-0,092	0,584
21 ordentlich-unordentlich	0,140	0,226	-0,508	-0,066	0,333
22 stark - schwach	0,153	0,015	-0,630	-0,035	0,422
23 reich - arm	0,350	-0,493	0,211	0,219	0,459
24 klug - beschränkt	-0,075	0,754	0,115	-0,060	0,591
Anteilwerte an der Gesamtvarianz	0,163	0,113	0,116	0,116	0,509
Anteilwerte an der gemeinsamen Varianz	0,320	0,222	0,227	0,227	1,000

Tab. 12: Faktorenanalyse des Idealbildes, das die Angehörigen vom Kranken haben. Vierfaktorenlösung.

Auf eine Interpretation des ohnehin nur positive Eigenschaften nennenden Bildes wird verzichtet. Von Bedeutung erscheint aber, daß auch das Idealbild, das die gesunden Angehörigen vom Partner haben, mit seinen vier Faktoren wesentlich strukturierter ist als das einfaktorielle Idealbild, das die Kranken entworfen haben, ein weiterer Beleg dafür, daß die Polaritätsprofilantworten der Kranken eher der Vorstellung als einer Auseinandersetzung mit dem realen Leben entspringen.

Parallel zu unserer Fragebogenerhebung führten wir selbstverständlich mit Kranken und Angehörigen zahlreiche aufklärende und beratende Gespräche. Wir hörten dabei manche Klage, die dem Leid der Erkrankung unmittelbar entsprang und deren Wiedergabe sich erübrigt. Auch kamen manche oft aus einer Überlastungssituation des die Familie versorgenden Angehörigen heraus entstandenen Regungen der Ungeduld und des Haderns mit diesem Schicksal zum Vorschein. Überraschend oft begegneten wir aber auch einer warmherzigen Fürsorge der Angehörigen für das erkrankte Familienmitglied. Insgesamt haben wir im ersten Untersuchungsabschnitt aus der Summe der Einzelbeobachtungen heraus ein unter sozialpsychiatrisch-prognostischen Gesichtspunkten günstiges Bild gewonnen. Die eine oder andere Äußerung von Angehörigen und Kranken beleuchtete im Übrigen so schlaglichtartig die soziale Situation des psychisch Kranken, daß wir nachfolgend einige Beispiele geben.

Immer wieder begegneten wir einer allenfalls oberflächlichen Einsicht in das Krankhafte der depressiven Psychose. Hierfür seien als Beispiele die Äußerungen der Ehemänner zweier älterer depressiver Frauen genannt:

" Ich glaube, der Kern der Erkrankung liegt darin, daß meine Frau anerkannt werden möchte. Sie müßte eine Beschäftigung haben " .

Das zweite Beispiel zeigt eine der aktuellen Insuffizienz des Kranken unangemessene Tendenz zur "Psychologisierung": " Ich habe meine Frau zu sehr verwöhnt. Wenn sie etwas mehr zutun gehabt hätte, wäre es für sie besser. Unser Junge hat gesagt, ich solle ihr nicht so viel Arbeit abnehmen. Sie kommt sich sonst überflüssig vor ".

Die Kranken selbst hatten natürlich das Bestreben, einen " arztgerechten Beschwerdekompex " (WIECK 1967) vorzutragen. Die nachfolgenden Äußerungen einiger Kranker waren daher zumeist erst das Ergebnis gezielter Fragen. Es wurde auch hierbei deutlich, daß das Persönlichkeitsniveau der Beteiligten ein wichtiger Faktor für das soziale Schicksal psychisch Kranker ist.

Die ungünstigsten Bedingungen fanden sich für unsere Kranken in den vielen kleinen fränkischen Dörfern. Eine 31-jährige Ehefrau und Mutter von zwei Kindern kam aus einem Dorf mit einigen Hundert Einwohnern. Wenn sie sich dort zeige, tippe sich jeder an die Stirn und frage: " Wie siehst du aus? Warst du wieder in der Klinik? " Man passe sie direkt ab, um das zu fragen. Sie habe dann furchtbare Angst. Sie sei doch in einer Universitätsklinik gewesen, aber einem Bauern könne man den Unterschied zwischen einer Klinik und einer " Heilanstalt " nicht erklären. Das heiße dort immer " Klappsmühle ". Wenn sie beim Einkaufen angeschaut werde, falle ihr gleich die Tasche herunter. Ziehe sie sich schön an, so sage man: " Die will groß heraus und sonst spinnt sie ". Lasse sie sich gehen, sei es auch nicht recht.

Eine 24-jährige verheiratete Arbeiterin kam ebenfalls aus einem kleinen Dorf. Sie klagte: " Wenn ich depressiv bin, sind die Leute so unverschämt und sagen, daß ich wieder spinne. Sie spinnt schon wieder, sie gehört nach An-

bach (regionales Bezirkskrankenhaus). Das sind Arbeitskolleginnen und Bekannte aus dem Dorf. Die haben eine Freude daran, wenn man die Krankheit wieder bekommt. Es gibt aber auch gute Leute, die nicht unverschämt daherreden."

Eine 33-jährige verheiratete Verkäuferin schrieb auf die Einbestellung zur Nachuntersuchung im Zustand einer erneuten depressiven Phase: " Manchmal weiß ich nicht mehr weiter. So wünsche ich mir oft, daß mein Leben ein Ende hat. Ich spiele auch oft mit dem Gedanken, dies zu verwirklichen. Mein Leben hat seinen Sinn für mich verloren. Das Erwachen an jedem neuen Tag ist eine einzige schwere Qual für mich. Der Schlaf ist die einzige Erlösung. So bin ich verurteilt, ein Leben zu leben, das unfassbar schwer ist. Nur wer solche Depressionen erlebt hat, kann begreifen, an welchem Abgrund er sich befindet. Man kommt sich unnütz und wertlos vor und lebt in einer Gesellschaft, der man nicht mehr folgen kann ".

Es fehlte aber auch nicht an zahlreichen positiven Äußerungen. Eine 48-jährige Hausfrau berichtete, in ihrer Nachbarschaft gebe es einige ähnliche Erkrankungen. Die Nachbarn seien über ihre Krankheit informiert, sähen ihr die beginnende Phase gleich an und würden ihr gut zureden, es vergehe schon wieder.

Der Ehemann einer 47-jährigen Kranken kümmerte sich so besorgt um seine Frau, daß diese meinte; " Seine Mutter hat eine Schizophrenie gehabt. Er ist damit groß geworden, sonst hätte er vielleicht das Verständnis für mich nicht. "

Abschließend eine 33-jährige Ehefrau: " Mein Mann ist traurig wegen meiner Krankheit. Er weint oft und schimpft nicht, wenn alles liegenbleibt. Wenn ich gesund bin, ist er kritischer. Die Ehe ist immer schon harmonisch

gewesen. Das hat sich durch die Krankheit auch nicht geändert".

3. Die Nachuntersuchungen

Für die methodische Absicherung mancher bereits gemachten Aussage ist der intraindividuelle Verlaufsvergleich nach Voll- oder Teilremission der zyklischen Depression von großer Bedeutung. Die Wiedererfassung der gesamten Stichprobe stieß aber auf große Schwierigkeiten. Viele Kranke reagierten auf ein vorgedrucktes Schreiben, dem ein Rückantwortschreiben beigelegt war, nicht. Nur wenige befolgten direkt diese Bitte zur Nachuntersuchung. Mit Hilfe eines an alle übrigen Kranken gerichteten individuellen, persönlich gehaltenen Briefes gelang es aber schließlich, 30 Kranke mit den im ersten Untersuchungsabschnitt erfaßten Angehörigen nachzuuntersuchen. Von den fehlenden 30 Kranken hatten 16 auch auf das zweite Schreiben nicht reagiert. Die übrigen 14 Kranken hatten mit verschiedenen Begründungen definitiv abgesagt. Zumeist hieß es, der Zustand sei noch schlecht und die Antworten auf unsere Fragen würden deshalb keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Eine Patientin hatte jedoch einen Suizid mit Schlaftabletten gemacht. In einem Fall scheiterte die Nachuntersuchung daran, daß die Ehefrau des Kranken inzwischen verstorben war. Eine andere Patientin war inzwischen auswärts wieder für längere Zeit stationär aufgenommen worden.

Wir berichten zuerst über die 30 Kranken und anschließend über die erneute Befragung der 30 Angehörigen.

Bei den Kranken handelte es sich um 19 Frauen und 11 Männer. Das Intervall zwischen Erstuntersuchung und Nachuntersuchung betrug im Durchschnitt 35,1 ($\pm$ 13,4) Wochen. Die Verteilung für die einzelnen Kranken zeigt Tabelle 13.

Nachuntersuchungs- intervall	Fall- zahl
1 - 12 Wochen	2 Kranke
13 - 24	4
25 - 36	14
37 - 48	6
49 - 60	2
61 - 72	2

Tab. 13: Intervall zwischen Erstuntersuchung und Nachuntersuchung.

Über die Dauer des jetzigen stationären Aufenthaltes informiert Tabelle 14. Die durchschnittliche Dauer betrug 83,7 ($\pm$ 67,1) Tage.

Aufenthalts- dauer	Fall- zahl
bis 20 Tage	4 Kranke
21 - 40	4
41 - 60	7
61 - 80	5
81 - 100	2
101 - 150	5
151 - 200	0
mehr als 200	3

Tab. 14: Dauer des jetzigen stationären Aufenthaltes.

Soweit man aus der Aufenthaltsdauer auf die therapeutische Ansprechbarkeit schließen kann, ist das nachuntersuchte Krankengut recht gemischt. Leichte oder rasch abklingende Phasen finden sich neben chronifizierten Verläufen. Eine einseitige Auslese ist nicht gegeben.

Zwischen der Entlassung und der Nachuntersuchung vergingen im Durchschnitt 28,1 ($\pm$ 17,0) Wochen. In diesem Zeitraum wurden die Kranken ambulant in 11 Fällen von einem Nervenarzt gemeinsam mit einem " Hausarzt " anderer Fachrichtung behandelt. 14 Kranke wurden nur vom Hausarzt betreut und bei 5 Kranken war unsere Poliklinik einge-

schaltet.

An Psychopharmaka nahmen 24 Kranke Thymoleptika, 1 Kranker ein Neuroleptikum, ein weiterer Kranker einen Tranquillizer. Ein Kranker nahm nur ein Lithium-Präparat, 7 weitere waren in Kombination mit anderen Psychopharmaka auf Lithium eingestellt. Nur 3 Kranke nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine Psychopharmaka mehr. 9 Kranke benötigten noch regelmäßig Schlafmittel.

Subjektiv völlig beschwerdefrei waren nur 13 Kranke. In 17 Fällen waren noch leichte depressive Symptome vorhanden. Geklagt wurde über Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Schlafstörungen, innere Unruhe, Angst, Kopfdruck, Magenschmerzen oder ein Oppressionsgefühl. Man müsse sich zur Arbeit zwingen, das Selbstvertrauen fehle und man habe Kontaktstörungen.

Vom objektiven klinischen Befund her bestand dennoch in 16 Fällen eine Vollremission, in 12 Fällen eine Teilremission mit subdepressiven Symptomen und nur in 2 Fällen war keine Besserung zu registrieren.

26 Kranke verneinten, nach der Entlassung Suizidgedanken gehabt zu haben, 4 bejahten diese Frage, davon hatten 2 inzwischen einen Suizidversuch gemacht. Von den 30 nicht erschienenen Kranken hat eine Frau sich mit Schlaftabletten mehrere Monate nach der Entlassung das Leben genommen.

Für die Beurteilung der auch jetzt wieder erstellten Polaritätsprofile bestimmten wir wiederum mit dem BECK-Depressions-Fragebogen die aktuelle Depressionstiefe. Sie lag mit 11,8 ($\pm$ 10,1) Punkten im Bereich " keine Depression " der von den Autoren angegebenen Durchschnittswerte. Vergleicht man diesen Wert mit dem während der aku-

ten Psychose im ersten Untersuchungsabschnitt gewonnenen, so wird der hohe Remissionsgrad deutlich.

Änderungen im Familienstand hatten sich zwischenzeitlich nicht ergeben. 14 Patienten hatten nach der Entlassung ihre alte Berufstätigkeit wieder aufgenommen und voll durchgehalten, 1 Patient mußte die Arbeit wieder abbrechen und 4 Kranke waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch nicht wieder tätig. In 11 Fällen handelte es sich um Hausfrauen oder Rentner. Sehr lang waren die Zeiträume, während der die übrigen Patienten dem Berufsleben fernbleiben mußten. Dieser Zeitraum betrug für 11 Kranke zwölf Wochen und mehr, maximal sogar in 1 Fall 40 Wochen.

Zur Verlaufsuntersuchung der wechselseitigen Einstellungen wurden die wichtigsten aus dem ersten Untersuchungsabschnitt bekannten Skalen abermals vorgelegt.

Die Antworten auf die in Tabelle 3 dargestellten Fragen fielen bei der Nachuntersuchung ähnlich aus. Wieder registrierten 2/3 der Kranken eine Zunahme echter besorgter Zuwendung. 6 Kranke registrierten an den Angehörigen Einstellungen, die vom taktvoll-beherrschten Schweigen bis zu offen-verletzenden Bemerkungen reichten.

Bezüglich der aus Tabelle 4 ersichtlichen Fragen ergab sich, daß jetzt 23 der 30 Kranken meinten, in allen oder zumindest in wichtigen Familienangelegenheiten mit zu entscheiden. Im gegenläufigen Sinne war mit 5 von 30 Kranken die Anzahl derer gesunken, die meinten, zu ihrer Schonung oder unter Ausnutzung ihrer vorübergehenden Hilfslosigkeit umgangen zu werden. Die Selbsteinschätzung der Position des Kranken in seiner Familie ließ mit zunehmender Genesung eine Stabilisierung erkennen. Der gebesserte Kranke tritt aus seiner passageren Randposition wie-

Durch gezielte Fragen wurde versucht, diesem Konsolidierungsprozeß nachzugehen. Dabei interessierte besonders, welche Erfahrungen die Kranken mit dem Verhalten von Freunden, Nachbarn und Kollegen nach der Klinikentlassung gemacht haben. 22 Kranke bestätigten ausdrücklich, keinerlei unangenehme Erlebnisse gehabt zu haben. 7 von diesen 22 Kranken machten aber ergänzende Äußerungen, die noch eine gewisse Labilität der interpersonellen Beziehungen verrieten. Eine Patientin äußerte, sie wisse allerdings nicht, was man hinter ihrem Rücken spreche; eine andere meinte, wenn die Leute Zeit hätten, wäre das anders; auf dem Land habe man aber keine Zeit zum Reden. Eine ältere Kranke gab an, niemand lasse sie etwas Negatives spüren, " weil die alle genau wissen, daß ich das nur durch das viele Arbeiten bekommen habe und ganz erschöpft war ". Eine weitere Kranke störte es, daß man dann, wenn sie einmal etwas ernster sei, gleich sage: " Ja, wir merken es Ihnen wieder an ". Ähnlich äußerte sich eine andere Patientin, daß es nur manchmal störe, wenn die Leute fragen, wie es einem gehe. Da werde ihr manchmal doch etwas komisch. Ein bipolar-zyklothymen Landwirt klagte, er bilde sich gelegentlich ein, die anderen würden meinen, " der war halt schon da unten ". In der Stadt sei das eine Krankheit, auf dem Lande heiße es aber, " der spinnt ". Besondere Vorkommnisse verneinte aber auch dieser Patient. Ein weiterer Kranker registrierte zwar taktvolles Verhalten, störte sich aber daran, daß man im Betrieb ein Rezidiv als " riskant für den Betrieb " bezeichnete. Er sei aber dennoch auf seinen alten Posten zurückgekehrt.

Diesen 22 Kranken stehen 8 gegenüber, deren Wiedereingliederung weniger günstig verlaufen war. Davon befanden sich 5 Kranke in einer deutlichen Isolation. 1 Kranker sagte hierzu, er sei nirgends mehr hingegangen

und so seien die anderen auch nicht mehr zu ihm gekommen. Eine ältere Patientin meinte: " Ich bin jetzt älter, da schaut niemand mehr nach mir. Im Haus wohnen nur ältere Leute, die haben höchstens Mitleid ". Eine junge Ehefrau klagte, sie habe " oft rote Stellen und ein verquollenes Gesicht ". Dann gehe sie nicht unter die Leute; wenn sich das aber nicht vermeiden lasse, frage man gleich, ob sie wohl nicht gesund sei?

Verletzende Erlebnisse hatten die 3 restlichen Kranken. Über eine Patientin habe die Schwiegermutter einmal gesagt: " Die hat schon einmal gesponnen ". Zu den Kindern einer Bäckersehefrau wurde gesagt: " Deine Mutter möchte ich nicht haben, die war ja im Narrenhaus ". Ein Landwirt aus einem kleinen Dorf in der Fränkischen Schweiz berichtete, im Ort sei öfters gesagt worden: "Will der denn gar nicht mehr heim? Der will ja nur nichts mehr arbeiten, der will nur in die Klinik ".

Verletzende Erlebnisse mit Freunden, Nachbarn oder Kollegen sind somit die Ausnahme. Besondere Schwierigkeiten haben die Kranken aus kleinen Bauerndörfern, wo jeder jeden kennt und der Grad gebildeter Aufgeklärtheit hierzulande indirekt proportional zur Schönheit der Landschaft zu sein scheint.

Auch den nachuntersuchten Kranken wurden die aus den Abbildungen 2 und 3 bereits bekannten Polaritätsprofilformulare wieder vorgelegt. Dabei ergab sich Überraschenderweise, daß die Beurteilung der Angehörigen durch die Kranken nach Abklingen der Depression keine Änderung erfahren hat. Das jetzt gewonnene Realbild entsprach dem Kurvenverlauf, der aus Abbildung 2 ersichtlich ist. Negative Wertungen traten bei keinem Item auf. Einzelne Kranke äußerten sich jetzt zwar freier als während der akuten

Phase über negative Züge des Partners und markierten diese auf dem Formular. Die von den 30 Kranken errechneten Mediane wurden dadurch aber nicht in den negativen Bereich verschoben.

Dieser Befund läßt mehrere Interpretationen zu. Die durch Äußerungen differenzierter Kranker und durch die faktorenanalytischen Ergebnisse aus den Tabellen 6 und 7 belegte Neigung zur Idealisierung des Bildes vom Angehörigen überdauert das Abklingen der Psychose. Das Nachuntersuchungsintervall war zu kurz, um eine Veränderung statistisch zu sichern.

Man muß aber auch zur Diskussion stellen, ob der nicht psychotische Partner sowohl in gesunden als auch in kranken Tagen jene positive Beurteilung erfährt, von der Abweichungen unvereinbar sind mit der im Untersuchungsplan berücksichtigten Tatsache, daß es sich um den nächsten Angehörigen, in der Regel den Ehepartner, handelt. Hiergegen spricht, daß die Angehörigen sich keineswegs gescheut haben, negative Züge am Kranken zu registrieren.

Schließlich kann aber eingewandt werden, daß diese negativen Züge das Bild der Psychose darstellen, an der die Angehörigen eben nicht leiden, so daß diese ohnehin immer positiver abschneiden müssen. Von einer Idealisierungsneigung könnte dann nicht gesprochen werden.

Eine Klärung kann somit erst der Vergleich mit der Nachuntersuchung der Angehörigen sowie mit den Ergebnissen der schizophrenen Kranken erbringen. Hierüber wird nachfolgend berichtet.

Die 30 Angehörigen, die gemeinsam mit den 30 Kranken zur Nachuntersuchung erschienen, waren 25 Ehepartner,

4 erwachsene Kinder und 1 Schwester.

Bezüglich des Remissionsgrades urteilten 11 Angehörige, der Kranke sei wieder " wie früher ". Eine teilweise Besserung registrierten 18 Angehörige und nur in einem Fall wurde der Kranke als ungebessert bezeichnet. Diese Zahlen stimmen gut überein mit der bereits dargestellten, vom Kranken gegebenen Selbsteinschätzung.

10 Angehörige teilten dem Kranken nach der Entlassung regelmäßig die verordneten Medikamente zu, 12 erinnerten ihn immerhin gelegentlich daran und nur in 8 Fällen war der Kranke sich diesbezüglich selbst überlassen. 6 Angehörige störte es, daß der Kranke durch die Medikamente " müde " wurde, alle anderen nannten keine negativen Beobachtungen.

Wir haben bereits ausführlich dargestellt, daß die Angehörigen sehr treffend in der Lage sind, die Symptome der zyklischen Depression zu erfassen. Mit der folgenden Skala in Tabelle 15, auf der nur eine Antwort angekreuzt werden durfte, versuchten wir, eine wertende Stellungnahme zu gewinnen.

Tab. 15: Seit es dem Kranken besser geht, freue ich mich am meisten:

9 Angehörige	daß die traurige Stimmung gewichen ist.
2	daß das Gehemmtsein gewichen ist.
2	daß die Ruhelosigkeit gewichen ist.
5	daß man mit dem Kranken wieder wie früher reden kann.
4	daß er nicht mehr so merkwürdige Dinge sagt wie auf der Höhe der Krankheit.
3	daß er besser schläft.
5	daß ich mit ihm wieder wie früher unter die Leute gehen kann.

Das Leitsymptom der Traurigkeit mit seiner hohen Penetranz wird am häufigsten genannt. Daneben spielt mit zusammen 10 Antworten die wiederhergestellte Kommunikation eine wichtige Rolle. Es wird begrüßt, daß man mit dem Kranken wieder wie früher reden kann und mit ihm wieder " unter die Leute " gehen kann.

Die Frage nach besonderen Umstellungen im Familienleben wurde von 24 Angehörigen verneint. In einem Fall

kam es als Reaktion auf die Psychose zur Aufgabe eines Gärtnerei-Betriebes. Ein Ehemann meinte, er schone seine Frau jetzt mehr, ein anderer bemühte sich, " nicht mehr so zurückhaltend zu sein ". Ein weiterer Ehemann gab an, jetzt mehr bei seiner Frau zuhause zu bleiben und die Ehefrau eines älteren Depressiven schließlich berichtete, im Gegensatz zu früher schließe sie jetzt die Haustüre ab, wenn der Kranke alleine zuhause bleibe. Dramatische Ereignisse sind das wahrlich nicht. Der Alltag läuft seinen vorgebahnten Gang weiter, wenn die Psychose ihre typische phasische Verlaufsform hat. Daß dagegen chronifizierte Verläufe zu erheblichen Umstellungen und Komplikationen führen können, geht aus den Worten der Ehefrau eines wegen eines solchen Verlaufes invalidisierten 52-jährigen Oberwerkmeisters hervor: " Er neidet mir wohl, daß ich noch so arbeiten kann. Vor seinem neuerlichen Rückfall hat er mir plötzlich den Vorschlag gemacht, ich solle mich scheiden lassen. Er sei in einem Jahr wohl ein Pflegefall. Ich war ihm immer zu selbständig. Damit ist er wohl nicht fertig geworden ".

Hier wird eindrucksvoll jene Neubesetzung von Rollen deutlich, die eingangs für die Situation mancher nach Hause zurückkehrender Depressiver bereits beschrieben wurde.

Auch bei der Nachuntersuchung wurden die Angehörigen aufgefordert, mittels des Polaritätsprofils ein Bild vom mehr oder weniger genesenen Kranken zu geben. Das Ergebnis zeigt Abbildung 4. Dort wird dieses Bild verglichen mit jenem, das die 30 nachuntersuchten Angehörigen von den 30 nachuntersuchten Kranken während der akuten Psychose hatten. Aus methodischen Gründen wurde nicht mit dem Realbild aller 60 Kranken aus dem ersten Untersuchungs-

abschnitt verglichen, obwohl der Vergleich mit Abbildung 3 zeigt, daß die Befunde einander entsprechen.

Aus Abbildung 4 geht unmittelbar hervor, daß der objektiv gebesserte Befund seinen Niederschlag im Urteil der Angehörigen findet. Streckenweise verläuft die für die Nachuntersuchung geltende Kurve auf der positiven Seite der Kurve für die akute Psychose. Statistisch signifikant oder auffällig waren die Ergebnisse aus dem Vergleich beider Kurven mittels des McNEMAR-Tests bei den Items 2 ($p < 5\%$), 5 ($p < 1\%$), 9 ($p < 0,1\%$), 10 ($p < 1\%$) und 22 ($p < 1\%$). Die wiederhergestellten Kranken wurden somit als wieder mehr oder weniger fleißig, selbständig, fröhlich, energisch und stark beurteilt. Das Abklingen der Intensität der Leitsymptome Traurigkeit und Hemmung wurde von den Angehörigen klar erfaßt.

Wegen der im Vergleich zum ersten Untersuchungsabschnitt geringen Fallzahl mußte auf eine faktorenanalytische Auswertung dieses Ergebnisses verzichtet werden.



Abb. 4: Die Angehörigen beurteilen die Kranken: Realbild.

Ausgezogen: akute Psychose. Gestrichelt: Nachuntersuchung.

V. Vergleiche zwischen Zykllothymen und Schizophrenen

Unter Anleitung des Autors und unter Verwendung eines schon wegen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse dem unsrigen ähnelnden Fragebogens untersuchte P.HÄBERL (Med.Diss. Erlangen, in Vorbereitung) 30 Schizophrene. Die männlichen Kranken aus dieser Stichprobe wurden vom Autor mituntersucht und behandelt. Unter Hinweis auf die andernorts erfolgende ausführliche Darstellung der Ergebnisse durch P.HÄBERL wird hier lediglich auf eine Reihe wichtiger Unterschiede zwischen beiden Krankengruppen hingewiesen, wodurch die an den Zykllothymen erhobenen Befunde ihre spezifische, morbusabhängige Bedeutung erhalten.

Es handelte sich um 15 Frauen und 15 Männer, die 1973 zur Behandlung ihrer Psychose stationär in unsere Klinik aufgenommen wurden. Eine weitere Auslese erfolgte ebenso wenig wie bei der zykllothymen Gruppe, wiederum lediglich abgesehen davon, daß nur Kranke berücksichtigt werden konnten, die einen für uns erreichbaren nahen Angehörigen hatten. Beiden Stichproben gemeinsam ist, daß die Psychose einen Intensitätsgrad erreicht hatte, der eine klinische medikamentöse Behandlung erforderlich machte.

Dennoch ergaben sich aus der Natur der unterschiedlichen Psychosen heraus schon bei den allgemeinen soziologischen Daten erhebliche Differenzen. Die Schizophrenen hatten zum Untersuchungszeitpunkt ein Durchschnittsalter von 31,0 Jahren (unteres Quartil 21,0, oberes 40,5, mittlerer Quartilsabstand 9,75 Jahre). Dieser Wert betrug für die Zykllothymen 45,5 Jahre. Das Erstmanifestationsalter der Schizophrenen lag bei durchschnittlich 23,0 Jahren (unteres Quartil 20,0, oberes 32,5, mittlerer Quartilsabstand 6,25 Jahre), das der Zykllothymen bei 36,5 Jahren. Weitere Unterschiede ergaben sich bezüglich des Familienstandes. 19 Schizophrene waren ledig, nur 9 in erster

und wiederverheiratet und 1 Kranke verwitwet und nicht wieder verheiratet. Zum Untersuchungszeitpunkt hatte somit nur ein Drittel der Kranken einen Lebenspartner, bei den Zykloty-
men waren es 50 von 60. Dieses Ergebnis ist nicht einfach eine Auswirkung des Altersfaktors. Viele der in jüngeren Jahren erkrankten Schizophrenen bleiben schließlich auch später ledig.

Es ergibt sich schon hieraus, daß die sozialpsychiatrischen Probleme der Zykloty-mie in der Regel die Familie, und zwar den Ehepartner und die Kinder des Kranken, betref-
fen. In der Regel hat der Zyklotyme bei der Erstmanifestation seine berufliche Ausbildung längst abgeschlossen und im Invalidisierungsfalle einen mehr oder weniger ausrei-
chenden Rentenanspruch.

Der Schizophrene dagegen ist in sozialpsychiatrischer Hinsicht in stärkerem Maße auf berufliche Rehabilitations-
maßnahmen angewiesen. Da viele unserer ledigen Kranken noch in mehr oder weniger enger Gemeinschaft mit den Eltern leb-
ten, war in familiärer Hinsicht eine vergleichsweise un-
kompliziertere Kontinuität der Betreuung gegeben. Sowohl bei der Erstmanifestation als auch zum Untersuchungszeit-
punkt lebte nämlich die Hälfte der Kranken noch bei den Eltern.

Diese Aussage wird durch weitere Ergebnisse gestützt. Immerhin befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt noch 7 der 30 Kranken im beruflichen Stadium der Ausbildung. Beim Vergleich der beruflichen Stellung zum Untersuchungs-
zeitpunkt mit derjenigen unmittelbar vor der Erstmanife-
station war es in 4 Fällen zu einem sozialen Abstieg ge-
kommen. Davon waren 2 Kranke wegen ihrer Psychose vorzei-
tig invalidisiert worden.

Der nosologischen Vollständigkeit halber sei einge-

fügt, daß es sich bei den 30 Kranken um 18 paranoide oder paranoid-halluzinatorische Verläufe handelte. In 5 weiteren Fällen wurde eine chronisch-defektuöse Verlaufsform registriert, hinzu kommen 5 Hebephrenien und 2 Katatonien.

5 Kranke hatten bisher einen Suizidversuch gemacht, ein 6. Kranker zwei. In 7 Fällen bestand eine Gebrechlichkeitspflegschaft, 5 Kranke waren noch minderjährig, alle Übrigen voll geschäftsfähig.

In unveränderter Form wurden auch die Kranken mittels des Polaritätsprofils befragt. Das Ergebnis zeigt Abbildung 5.

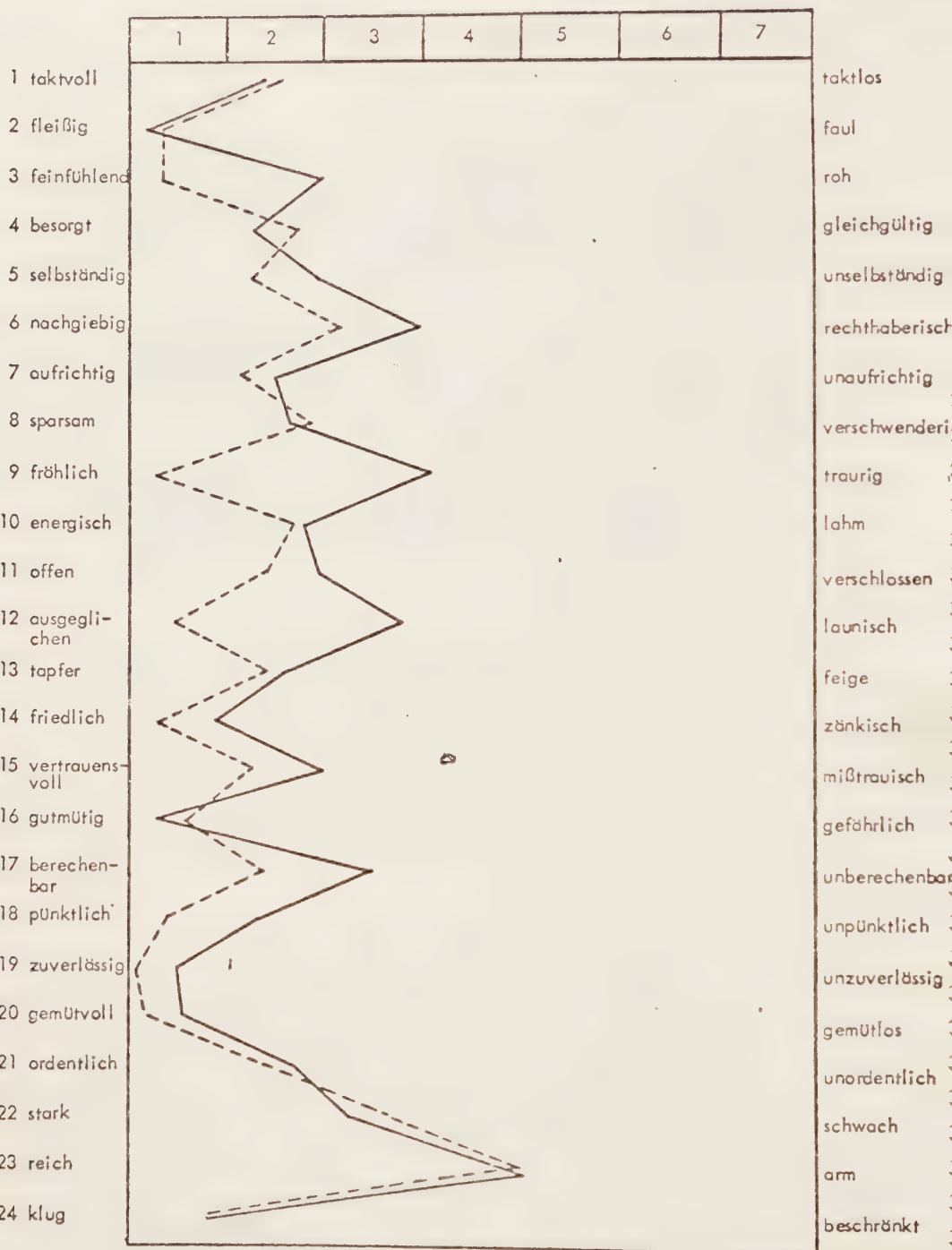


Abb. 5: Die Schizophrenen beurteilen ihre Angehörigen.
Ausgezogen: Realbild, Gestrichelt: Idealbild.

Abbildung 5 ist zu vergleichen mit Abbildung 2. Dabei fällt auf, daß die Idealbilder, die beide Krankengruppen von ihren Angehörigen haben, einander entsprechen. Die Schizophrenen haben jedoch ein deutlich negativeres Realbild von ihren Angehörigen als die Zykllothymen. Die sich auch bei der statistischen Überprüfung mit Chi-Quadrat-Methode ergebende Parallelität der Kurven aus Abbildung 2 ergab sich bei der Abbildung 5 nicht. Unterschiede fanden sich bei den Items 6 ($p < 5\%$), 9 ($p < 0,1\%$), 12 ($p < 1\%$) und 19 ($p < 1\%$). Den Angehörigen wird somit von den Schizophrenen der Vorwurf gemacht, abweichend von den eigenen Wunschvorstellungen eher rechthaberisch, traurig und launisch zu sein. Die bei den Zykllothymen gefundene Idealisierungsneigung fand sich bei den Schizophrenen nicht.

Die befragten 30 Angehörigen bestanden aus 3 Vätern, 9 Müttern, 10 Ehepartnern und 8 sonstigen nahen Verwandten, meist Geschwistern. Die Antworten auf die Frage nach dem störendsten Krankheitszeichen zeigt Tabelle 16.

Tab. 16: Am meisten stört mich bei dem Kranken:

10 Angehörige	eigentlich stört mich nichts.
0	daß man mit ihm nicht mehr wie früher reden kann.
0	daß er mir fremd geworden ist.
4	daß er oft so merkwürdige und unverständliche Dinge sagt.
2	daß ich mit ihm nicht mehr wie früher unter die Leute gehen kann.
1	das oft unberechenbare und bedrohliche Verhalten.
11	die Erregungszustände.
2	die Interesselosigkeit und Stumpfheit.

Überraschen mag, daß immerhin 10 Angehörige kein störendes Symptom angaben. In 6 Fällen handelte es sich dabei um einen Elternteil. Es fällt aber andererseits auch auf, daß die psychomotorische Unruhe in 11 Fällen als sehr störend empfunden wird und daß aus den übrigen Antworten eine beginnende Distanzierung vom Kranken ersichtlich ist. Diese wird eher indirekt zugegeben; daß der Kranke dem Angehörigen fremd geworden ist, will dieser vielleicht noch nicht eingestehen. Daß dem aber doch so ist, zeigt mit großer Deutlichkeit Tabelle 17. Knapp der Hälfte der Angehörigen bedeutet die Wohngemeinschaft mit dem Kranken nämlich ein Risiko.

Tab. 17: Wenn ich zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit dem Kranken zusammenwohnen müßte:

7 Angehörige	würde ich mich bei ihm sicher, wohl und geborgen fühlen.
9	würde mir dies eigentlich nicht allzuviel ausmachen.
7	hätte ich Angst, daß er sich in einem unbewachten Augenblick selbst etwas antun könnte.
1	würde ich seine Nähe vielleicht ein wenig meiden.
1	dächte ich manchmal daran, daß er mir etwas antun könnte.
5	würde ich mich wahrscheinlich oft unsicher und bedroht fühlen.
0	würde ich wegen seines unberechenbaren und gefährlichen Verhaltens in ständiger Angst leben, daß er mir etwas antun könnte.

Die Darstellung der Ergebnisse wird beschlossen mit den Antworten der Angehörigen im Polaritätsprofil, dargestellt in Abbildung 6.



Abb. 6: Die Angehörigen der Schizophrenen beurteilen den Kranken.

Ausaezoen: Realbild. Gestrichelt: Idealbild.

Der rechnerische Vergleich der beiden Kurven aus Abbildung 6 mit dem Chi-Quadrat-Verfahren ergab Unterschiede bei den Items 5 ($p < 5\%$), 9, 10 und 12 ($p < 0,1\%$), 13 und 17 ($p < 5\%$), 19 ($p < 1\%$), 20 ($p < 5\%$) und 22 ($p < 1\%$). Die Kranken wurden somit, abweichend vom Wunschbild, als mehr oder weniger unselbständig, traurig, lahm, launisch, feige, unberechenbar, unzuverlässig, gemühtlos und schwach beurteilt. Vergleicht man mit Abbildung 3 und den dort dargestellten Ergebnissen, so muß man Gemeinsamkeiten und Unterschiede registrieren. Abgesehen von Item 17 fanden sich alle vorgenannten Differenzen auch bei der Beurteilung der Zykllothymen. Der Schizophrene wird eher als der Zykllothyme als unberechenbar empfunden. Davon abgesehen schneidet der Zykllothyme aber schlechter ab, indem er eher als faul, verschlossen, mißtrauisch und unordentlich beurteilt wird. Bei diesen Items unterschieden sich die Zykllothymiekurven aus Abbildung 3 zusätzlich auf dem 1 %-Niveau. Ohnehin hat man den Eindruck, daß die Kurve für das Realbild aus Abbildung 3 streckenweise weiter in den negativeren Bereich greift. Auch dieses Ergebnis überrascht und es bedarf der Diskussion, ob die Symptomatik der zykllothymen Depression ungeachtet ihrer benigneren Verlaufsform im konkreten Augenblick nicht doch die größere Penetranz hat. Diese Frage untersucht im übrigen W. MÜHLBERG gesondert unter Anleitung des Autors (Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung). Für diese Annahme spricht der Vergleich der Tabellen 10 und 16. Während kein Angehöriger der Zykllothymen angab, ihn störe nichts an der Symptomatik des Kranken, antwortete immerhin ein Drittel der Angehörigen der Schizophrenen in diesem Sinne. Vielleicht geben die protrahierteren, flacheren Verläufe der Schizophrenen doch mehr Zeit zur Umstrukturierung und Anpassung im zwischenmenschlichen Bereich, als man das aus der eindrucksvollen Erfahrung mit tragischen Einzelschicksalen anzunehmen bereit ist.

VI. Diskussion und weitere Interpretation der Ergebnisse

=====

Bei den Arbeiten an einem umfangreichen Zykllothymie-Sammelreferat (PETRILOWITSCH und BAER 1970) mußte die außerordentliche Diskrepanz auffallen zwischen den vielfältigen Befunden, die mit der phänomenologischen Methode klinisch-deskriptiv über den Kranken selbst berichtet wurden und dem weitgehenden Fehlen sozialpsychiatrischer Untersuchungen mit definierter statistisch-soziologischer Methodik. Auch noch 1972 beklagten MICHAELIS und HORSTMANN den Mangel an Kenntnissen über die beruflich-sozialen Probleme Zykllothymen im Rahmen einer vorläufigen Mitteilung aus inzwischen begonnenen Untersuchungen. Mit unserer Untersuchung wandten wir uns der Familie des Zykllothymen als dem anderen wichtigen sozialpsychiatrischen Bereich zu. Bei unseren methodischen Vorarbeiten wurden wir angeregt durch vielfältige Fragen, die diesbezüglich in der eingangs referierten Literatur aufgeworfen worden sind.

Im Sinne einer prospektiven Untersuchung galt der Blick der akuten Psychose und der in ihrer zeitlichen Ausdehnung durch äußere Gründe begrenzten Verlaufsstrecke bis zu einer Nachuntersuchung nach Voll- oder Teilremission. Den Charakter einer sozialpsychiatrischen Untersuchung erhalten die vorliegenden Ergebnisse nicht nur durch die angewandten soziologischen Methoden, sondern ebenso durch die gleichrangige Einbeziehung von Kranken und Angehörigen. Verallgemeinerungsfähige Aussagen wagten wir nur nach sorgfältiger statistischer Überprüfung. Der Wert dieser Methode erwies sich besonders an jenen Stellen, wo die statistisch-soziologischen Ergebnisse anders ausfielen, als es aus persönlichen Eindrücken heraus erwartet worden war. Der auch von PETERS und GLÜCK (1972) gesehenen "Gefahr, daß der Untersucher Einzelfälle, die ihm vielleicht aus emotionalen Gründen besonders eindrucksvoll waren, für besonders typisch hält", sind wir dadurch begegnet. Deren in diesem Zusammenhang vorgetragene Skepsis gegenüber einer mathematisch-statistischen Bearbeitung teilen wir deshalb nicht, zumal da auch wir den phänomenologisch-psychopathologischen Weg für die Interpretation

unserer Befunde für unerlässlich hielten. Klassische und moderne psychiatrische Methoden können sich sehr wirksam ergänzen, was wir einer zustimmenden Äußerung von H. KRANZ (persönliche Mitteilung) zu unseren Bemühungen zu entnehmen wagen. Im übrigen wurde durch die intensive gleichwertige Berücksichtigung der Angehörigen, die teilweise mit gleicher Methodik erfolgte wie bei den Kranken, ein von den geläufigen Ansätzen der klinischen Psychiatrie abweichender neuartiger Weg beschritten. Auch die genannten Untersuchungen von PETERS und GLÜCK sind in diesem Sinne noch patientenzentriert.

Auf welche der eingangs gestellten Fragen haben wir jetzt eine mehr oder weniger ausreichende Antwort und was mußte offen bleiben? Zahlreiche Aussagen konnten über die bipersonalen Beziehungen zwischen Zykllothymen und ihren Angehörigen gemacht werden. Veränderte und erhaltene Bereiche der Persönlichkeit des Kranken konnten im Blick der Angehörigen getrennt werden. Über die Stellung der Angehörigen in den Augen der Kranken konnten Aufschlüsse gewonnen werden. Einige Aussagen konnten über Probleme in der Nachbehandlungsphase gemacht werden. Eventuelle durch die Psychose bewirkte Umstellungen in der Familie ließen sich aber aus der Sicht des Klinikpsychiaters nur unzureichend erfassen. Unsere Untersuchung war eben keine Feldstudie, mit der alleine eine solche Frage ausreichend angegangen werden kann. Dennoch ließen sich auch einige Äußerungen machen über für die Wiedereingliederung der Genesenen in die Familie günstige oder ungünstige Faktoren.

Als während der konkreten Arbeit Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung erkennbar wurden, mußte schon aus methodischen Gründen der eingeschlagene Weg zu Ende gegangen werden. Die laufenden Erfahrungen fanden aber ihren Niederschlag in parallelen Projekten. Innerhalb eines interdisziplinären Sonderforschungsbereiches ergab sich die Notwendigkeit zur Planung einer "extramuralen" Feldstudie. Ferner

wurden bereits die mit P. HÄBERL an Schizophrenen wiederum unter familiensoziologischen Aspekten erhobenen Befunde dargestellt. Auch wurden schon "Zyklothyme und Schizophrenie am Arbeitsplatz" untersucht. (G. ZEILINGER). Entsprechend dem Vorgehen bei den Familienuntersuchungen wurde bei den berufssoziologischen Untersuchungen mit Einverständnis der Kranken der Arbeitskollege gleichrangig und ausführlich einbezogen und befragt. Schon erwähnt wurde, daß gemeinsam mit W. MÜHLBERG die Erfassung psychischer Störungen durch Angehörige systematisch bearbeitet wird. Wir erwarten Aufschluß über das dargestellte vergleichsweise günstigere Abschneiden der Schizophrenen in den Augen ihrer Angehörigen, wenigstens soweit dies den Vergleich mit den Polaritätsprofilbefunden bei den Zyklothymen anbelangt. Schließlich wird auch die durch endogene Psychosen gegenwärtig bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit mit den Verhältnissen in der Ära vor dem Aufkommen der modernen Psychopharmaka verglichen (H. HEISCHMANN).

Es soll auf diese Weise versucht werden, einen wenigstens für die örtlichen Verhältnisse repräsentativen Überblick über die sozialpsychiatrische Situation bei endogenen Psychosen zu gewinnen. Kehren wir jetzt aber zurück zu den bereits vorliegenden eigenen Ergebnissen.

Schon die einfachen familiensoziologischen Daten kennzeichnen die besondere Stellung Zyklothymen unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten. Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter von 36,5 Jahren bewirkte, daß die meisten Kranken noch in jungen und gesunden Jahren geheiratet hatten. Deshalb hatten 50 der 60 Kranken zum Untersuchungszeitpunkt einen dauernden Lebenspartner. In 44 von 60 Fällen erfolgte die Erstmanifestation erst nach der Eheschließung. Bei mehr als der Hälfte der Kranken lag sowohl bei Erstmanifestation als auch bei Untersuchungsbeginn die Familienzyklus-Phase der Kernfamilie vor, bestehend aus Mann und Frau mit unmündigen Kindern. In diese Familien brach die Psychose ein als ein unvorhersehbares

Schicksal. Sie führte in aller Regel aber nicht zur Auflösung der Familienstruktur, es bildete sich keine desorganisierte Familie heraus. Anknüpfend an die eingangs dargestellten Hypothesen von R.KÜNIG (1969) führen wir zur Erklärung an, daß der phasenhafte Verlauf der zylothymen Depression mit einer durchschnittlichen bisherigen Gesamthospitalisierungsdauer unserer Kranken von "nur" 3,3 Monaten keine relevanten "Ausfallerscheinungen im personalen Inventar" der Familie bewirkte. Auch wurde der Charakter der Familie als "Intimgruppe" nicht durch eine dauerhafte Störung ihrer emotionalen Struktur gefährdet. Unsere faktorenanalytischen Ergebnisse haben gezeigt, daß die Wertschätzung kernhafter Bereiche der Persönlichkeit des Kranken durch die Angehörigen erhalten bleibt. Schließlich halten wir es für bedeutsam, daß die "Kernfamilie" in gesunden Tagen Gelegenheit hatte, sich zu festigen und Krisenbewältigung mehr oder weniger einzuüben.

Dem eingangs definierten soziologischen Phänomen der Überorganisation der Familie kommt für unsere Zylothymen schon deshalb keine Bedeutung zu, da Auflösung und Lockerung der Familienbände seltene Ausnahme sind und somit auch keine Instanz besteht, die sich diesem Phänomen in den Weg stellen könnte. Die im soziologischen Kapitel gestellte Frage nach den unterschiedlichen sozialpsychiatrischen Auswirkungen bei Erkrankung von Vater oder Mutter erübrigt sich somit, sieht man von der mehr atmosphärisch-qualitativen Feststellung ab, daß die weiblichen Kranken von ihren Angehörigen häufiger als "besorgt" bezeichnet wurden, während die männlichen Kranken häufiger "gleichgültig" genannt wurden.

Die Mehrzahl der Kranken weiß um die Intaktheit der Familie. 40 von 60 Kranken empfanden als Reaktion der Angehörigen auf die akute Psychose eine Zunahme echter besorgter Zuwendung. Reservierter beurteilt und behandelt fühlen sich aber Kranke mit häufigen Rezidiven. Auch spüren Kranke mit häufigen depressiven Phasen eine aktive Distanzierung des Partners, der ihnen das Gefühl vermittelt, von wichtigen Entscheidungen in der Familie allmählich ausgeschlossen zu werden, wenn auch

nur "zur Schonung". Diese Ergebnisse bestätigen den Hinweis von SCHULTE (1969), daß sich Umweltverhältnisse und insbesondere die Einstellungen der Umwelt bei prolongierten phasischen Erkrankungen zu verschieben pflegen.

Von entscheidender Bedeutung für das Schicksal der sozialen Bezüge des Kranken sind nach SCHULTE (1957) aber neben der Ausgangsstruktur des Kranken sowie emotionalen Beziehungen zwischen den zu betrachtenden Partnern die Struktur des gesunden Partners und die Krankheit als reaktionsbestimmendem Faktor. Niedriges Persönlichkeitsniveau der Angehörigen, Nachbarn oder Kollegen führt zu verletzenden Situationen. Besonders schwer haben es nach unserer Erfahrung die körperlich schließlich "gesunden" Depressiven in kleinen Dörfern. Bei unseren Nachuntersuchungen hörten wir manche Klage,

Der zykllothymen Psychose selbst sprachen schon JAECKEL und WIESER (1970) die Eigenart zu, daß die Sachlage in den Augen der Öffentlichkeit beim Gemütskranken durchsichtiger sei. Die Verständigungsmöglichkeit bleibe gewährleistet. Die Handlungen hätten einen für andere verstehbaren Ursprung. Gemütskranke seien nicht gefährlich, sondern "nur" selbst gefährdet. Vermerkt man mit SCHULTE (1957), daß die umweltstabile zykllothyme Depression im Gegensatz zu reaktiven Verstimmungen die Umwelt nicht gleichsinnig zu beeindrucken vermag, sondern ohne die Möglichkeit einer Induzierung, ohne sympathetisches Mitschwingen als ein unbegreifliches Unglück betrachtet wird, so versteht man, mit welcher fast kühl anmutenden Sachlichkeit die Angehörigen unserer Kranken ihre Polaritätsprofilantworten gaben. Objektiv veränderte und intakte Bereiche werden klar erfasst und quantifiziert. Es lassen sich sogar Beziehungen nachweisen zwischen der Depressionstiefe und der Reaktion der Angehörigen auf die Psychose. Die Angehörigen reagierten bei größerer Depressionstiefe ungeduldiger und meinten in der Mehrzahl, daß der Kranke sich mit etwas gutem Willen doch ein wenig mehr zusammennehmen könnte. Flachere Phasen führten eher dazu, daß die momentane Insuffizienz toleriert wurde.

Auch wenn der Kranke diese Beurteilung mehr oder weniger 'spürt', setzt er ihr im Wissen um seine momentane Insuffizienz keinen Widerstand entgegen. Wir hörten keine Vorwürfe, selten Klagen während der akuten Psychose. Im Polaritätsprofil offenbarte sich schon graphisch die Tendenz beim Kranken, das Bild vom Angehörigen zu idealisieren. In der Faktorenanalyse erwies dieses Bild sich als unstrukturiert, mit der Einfaktorenlösung sowohl für das Realbild als auch für das Idealbild vom Angehörigen wurde eher eine abstrakte Vorstellung als die geforderte Beschreibung der Realität geliefert. Dieses Ergebnis hat gewichtige psychopathologische Ursachen. Der depressive Autismus wurde bereits ausführlich dargelegt. Ganz mit diesen unseren Ergebnissen Übereinstimmend beobachteten PETERS und GLÜCK (1972) bei ausklingenden depressiven Phasen eine Umorientierung, "wobei in zunehmendem Maße reale Aufgaben zugunsten ethischer Kategorien an Bedeutung verlieren." Sie beschreiben eindrucksvoll an ihren Kranken, wie die Realität nicht bewältigt wird, wie aber von den Kranken mit vorsatzhaften Erklärungen darüber gesprochen wird, was man tun sollte. Dabei wird die Insuffizienz gegenüber den Pflichten als sehr quälend empfunden, an die Stelle zielgerichteter Handlungen treten aber Vorstellungen und Pläne.

Die Befragung der Angehörigen mittels des Polaritätsprofils haben wir einschließlich der faktorenanalytischen Berechnungen bei der Darstellung der Ergebnisse bereits ausführlich interpretiert. Beziehungen zum soziologischen Schichtmodell und unseren sozialpsychopathologischen Aspekten wurden ausführlich berücksichtigt. Wir können uns zu diesem Problemkreis deshalb auf wenige ergänzende Erörterungen beschränken.

Nach Durchsicht der auf dieser Methode basierenden Abbildungen mag gelegentlich der Eindruck einer Über- oder Fehlinterpretation entstanden sein. So lagen manche Antworten gerade noch im positiven oder neutralen Bereich der Skala; aus der signifikanten Differenz zum Idealbild wurde aber eine negative Bewertung für dieses Item abgeleitet. Dieses Vorgehen entspricht einer allgemeinen Empfehlung, die JAECKEL und WIESER (1967) bei der

Darstellung soziologischer Untersuchungsmethoden geben, bei solchen Untersuchungen besser mit relativen und indirekten Ergebnissen zu arbeiten.

Das Bild, das die Angehörigen mit dieser Methode entwerfen, ist nicht nur ein Produkt ihrer eigenen Erfahrung mit dem Kranken. JAECKEL und WIESER (1967) weisen daraufhin, daß in der Bevölkerung schon in frühester Jugend aus Andeutungen, Kinderreimen und Sagen ein Bild entsteht vom Geisteskranken und von den Orten, an denen er verwahrt wird. Bei psychischer Erkrankung eines Angehörigen wird dieses emotional stark besetzte, irrationale, archaisch anmutende Bild lebendig. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf den gegenüber unseren Kranken gefundenen Faktor der aktiven Distanzierung hin, mit dem die Zykllothymen als unzuverlässig, unordentlich und faul beurteilt wurden. Dieser Faktor steht isoliert in der Reihe der drei übrigen, einem sachlichen und objektiv zutreffenden Urteil entspringenden Faktoren. Es muß aus methodischen Gründen aber offenbleiben, ob dieser Faktor von jenem vorgegebenen Meinungstereotyp mehr oder weniger genährt wird.

Auch die Ergebnisse der Nachuntersuchungen fügen sich zwanglos in den ausführlich dargestellten sozialpsychopathologischen Rahmen. Die Mehrzahl der Kranken war vor allem in der Selbsteinschätzung der Stellung in der Familie aus einer passageren Randposition wieder herausgetreten. Die gezielte Befragung ergab, daß sie das Verhalten der Angehörigen, Nachbarn und Kollegen und deren Reaktion auf ihre Erkrankung jetzt sehr genau registrierten. Die Ergebnisse dieser Befragung haben wir ausführlich dargestellt. Sie fügen sich in die Überlegungen, die wir bei Darstellung der Relevanzdynamik des endogenen Wertverlustes angestellt haben. Wir wiesen dort auf die von PETRILOWITSCH (1969) beschriebenen Stufen des psychodynamischen Restitutionsprozesses in der abklingenden Depression hin. Der Kranke erlangt die Fähigkeit zu abgestufter Sympathie und Antipathie zurück, es entsteht wieder Raum für Unrecht, das dem Subjekt zugefügt wurde. Eine Kranke vertraute uns erst bei der Nach-

untersuchung an, als ihr Ehemann offensichtlich Mühe mit dem Fragebogen hatte, dieser sei eben ein Trinker; das habe sie uns, als sie selbst krank gewesen sei, nur nicht gesagt.

Überrascht waren wir, daß die für die akute Psychose psychopathologisch erklärte Idealisierungsneigung bei der Nachuntersuchung unverändert vorhanden war. Es kann aber nicht übersehen werden, daß das Intervall zwischen Erst- und Nachuntersuchung mit durchschnittlich knapp neun Monaten bewirkte, daß noch nicht alle Kranken symptom- und beschwerdefrei waren. Wir befaßen uns zum Nachuntersuchungszeitpunkt somit genau in jenem Verlaufsabschnitt, den PETERS und GLÜCK (1972, 1973) am Kranken selbst eingehend untersucht haben. Sie sprachen in Anlehnung an die bereits erwähnten Ergebnisse von KRANZ von einem post-depressiven Autismus und interpretierten diesen als "eine Umstrukturierung der Persönlichkeitseigenschaften zum Ausgleich des dynamischen Defekts" (1973). Wir möchten hier anmerken, daß zur Frage der Reversibilität dieses Defektes nur im Rahmen sehr langfristiger katamnestischer Untersuchungen Stellung genommen werden kann. Im Stadium der ausklingenden oder gerade abgeklungenen Phase jedoch besteht eine besondere Situation, die sich nicht mit der naheliegenden Annahme einer komplikationslosen Rehabilitation nach erreichter Vollremission deckt. Nach PETERS und GLÜCK (1973) besteht ein kompliziertes Beziehungsgefüge, indem die Patienten oft Selbstschutzpraktiken finden, um die Insuffizienz weitgehend vor der Umwelt zu tarnen. Der Kranke lernt es, gefährliche Situationen zu durchschauen und sich im richtigen Augenblick zurückzuziehen. Dabei wird es für den Beobachter schwer, "die dynamische Insuffizienz hinter der Maske weitgehender Wiederherstellung zu finden. Man muß die Schwäche hinter Äußerungen,haltungen und Reaktionen erst suchen." Übereinstimmend mit diesen Erfahrungen fanden auch wir bei unseren Nachuntersuchten Kranken hinter einer vordergründigen Freude über wiedererlangte Fähigkeiten manche Hinweise auf einen noch labilen Zustand mit einer spürbaren Empfindlichkeit und einer Tendenz zur Isolation. Man wird daraus die praktische Konsequenz ziehen müssen, der ambulanten Nachbetreuung über einen genügend langen Zeitraum die gleiche

Aufmerksamkeit zu widmen wie der Behandlung der akuten Psychose, wobei dann eine medikamentöse Erhaltungstherapie mit einer angemessenen Psycho- und Soziotherapie zu kombinieren ist. Es ist dabei sinnvoll, die Angehörigen aktiv in den Behandlungsplan miteinzubeziehen. Immerhin erfuhren wir, daß die Mehrzahl der Angehörigen dem Kranken die Psychopharmaka regelmäßig zuteilt oder ihn zumindest an die Einnahme erinnert. Wir haben dargestellt, daß die Angehörigen im Übrigen recht gut in der Lage sind, die akute Symptomatik und deren Rückbildung richtig abzuschätzen.

Wenden wir uns jetzt den Ergebnissen bei den Schizophrenen zu. Es ist nicht beabsichtigt, eigene Aussagen über die sozialpsychiatrische Problematik Schizophrener zu machen. Diese Krankengruppe wurde nur zu Vergleichszwecken untersucht. Es sollte mit ihrer Hilfe gezeigt werden, wo spezifische Eigenarten bei Zyklothymen bestehen und in welchen Bereichen Zyklothyme und Schizophrenie gemeinsame, für endogene Psychosen geltende Probleme haben.

Wichtige Unterschiede ergaben sich schon bei den einfachen soziologischen Daten. Die Mehrzahl unserer Schizophrenen war ledig, die Hälfte lebte noch bei den Eltern und immerhin waren 7 der 30 Kranken mit ihrer Berufsausbildung noch nicht fertig. Die Zyklothymen waren in der Regel verheiratet und standen bei der Erstmanifestation bereits lange im Berufsleben. Zu ähnlichen Ergebnissen bei Schizophrenen kamen IRLE und PÜRKEN (1971). Ihre Kranken waren bei der Erstmanifestation durchschnittlich 23 Jahre alt. Mehr als die Hälfte der Kranken lebte nach der ersten Klinikentlassung bei den Eltern. Dieser Zustand blieb bei einer nachuntersuchten Gruppe mit Rezidiven, während die bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt nicht Wiedererkrankten zu einem großen Teil heirateten. Auf gleichlautende Ergebnisse aus der sozialpsychiatrischen Literatur wird von den Autoren hingewiesen. Der Rückkehr in die elterliche Wohnung werden besonders schlechte Vorlaufseinflüsse zugeschrieben. Die bei unseren Zyklothymen nicht vorhandene Gefahr einer "Überorganisation" (overprotection) besteht für die Schizophrenen.

hohem Maße. Dagegen wird der Rückkehr in die eheliche Familie oder der Gründung einer eigenen Familie ein stabilisierender Einfluß zugesprochen. Diese günstigen Bedingungen einer Ehe dürfen wohl auch auf unsere Zykllothymen übertragen werden. Dessen ungeachtet registrierten die Autoren bei ihren Schizophrenen im Verhältnis der Ehegatten untereinander eine gewisse Kühle und Distanz, die in manchen Ergebnissen unserer eigenen Befragung ebenfalls zum Ausdruck kam. Bei den meist ledigen Wiedererkrankten fanden IRLE und PÖRKSEN nach der Ersterkrankung eine zunehmende Vereinsamung mit einer erheblichen Abnahme der Kontaktmöglichkeiten nach dem ersten Krankheitsschub. In einer zumindest vorübergehenden Isolation fanden wir auch einen Teil unserer nachuntersuchten Zykllothymen vor, die aber auf die stille autistisch-defensive Weise ertragen und gelegentlich sogar gesucht wurde.

Unsere eigene Schizophreniegruppe dagegen zeigte bei der Befragung mit dem Polaritätsprofil eine eher kritisch-vorwurfsvolle Haltung den Angehörigen gegenüber. Die Schizophrenen hatten ein deutlich negativeres Realbild von den Angehörigen als die Zykllothymen. Wir stimmen auch hierin mit IRLE und PÖRKSEN überein, die bei mehr als der Hälfte ihrer wiedererkrankten Schizophrenen persönlich formulierte Aussagen erhielten, "die Kennzeichnungen des Allein- und Verlassenseins, der fehlenden Zuneigung, der Abweisung und Unterdrückung, der Unsicherheit und Angst" enthielten. Während sich der bekannte "Zeiger der Schuld" (W. SCHEID 1934) bei den Zykllothymen zumindest in der akuten Psychose gegen die eigene Person richtet, weist er bei den Schizophrenen ungleich häufiger nach außen.

Vergleicht man noch einmal die Beurteilung, die Schizophrene und Zykllothyme in den Augen ihrer Angehörigen erhalten haben, so fällt als gemeinsames Ergebnis auf, daß mit Störungen der Affektivität und des Antriebs die aktuelle Insuffizienz bei beiden Gruppen klar erfaßt wurde. Auch die Schizophrenen wurden als unselbständig, traurig, lahm, launisch und schwach beurteilt. Gewisse psychopathologische Gemeinsamkeiten innerhalb der endogenen Psychosen kommen hierzum Ausdruck. Für den Umstand,

daß das Ausmaß der negativen Auslenkung bei den Zykllothymen größer ist als bei den Schizophrenen, wurde als eine mögliche Erklärung bereits die eventuell höhere Penetranz der zykllothymen Symptomatik genannt. Bedacht werden muß natürlich auch, daß die Eltern Schizophrener ihre Kinder manchmal doch positiver beurteilen als die Ehepartner Zykllothymen. Die Zusammensetzung der beiden Angehörigen-Stichproben wies Unterschiede in dieser Richtung auf.

Es verbleibt abschließend die Aufgabe, unter prognostischen Gesichtspunkten regelhaft praktische Konsequenzen für die klinische Tätigkeit zu ziehen.

Wir geben zunächst eine Aufstellung von unter sozialpsychiatrischen Aspekten prognostisch günstigen oder ungünstigen Faktoren bei der Zykllothymie und vergleichen mit der Schizophrenie.

- 1a) Die späte Erstmanifestation der Zykllothymie bewirkt, daß der Kranke in der Regel verheiratet ist, die Berufsausbildung abgeschlossen hat und einen ausreichenden Rentenanspruch hat.
- b) Die frühere Erstmanifestation der Schizophrenie führt dazu, daß die Mehrzahl der Kranken ledig ist und bei den Eltern lebt, was sich prognostisch ungünstig auswirkt. Oft ist die Berufsausbildung noch nicht abgeschlossen und im Invalidisierungsfalle ist der Kranke häufig auf Fürsorgeunterstützung angewiesen.
- 2a) Für den Zykllothymen wirkt sich der stabilisierende Einfluß der Ehe günstig aus; eine Tendenz zur Desorganisation oder Überorganisation der Familie besteht nicht.
- b) Dagegen ist der Schizophrene der Gefahr der "overprotection" beim Leben in der elterlichen Familie ausgesetzt.

- 3a) Der phasenhafte Verlauf der Zykllothymie führt zu einer im Durchschnitt kurzen Gesamthospitalisierungsdauer mit freien Intervallen ohne Therapiebedürftigkeit.
- b) Der Verlauf der Schizophrenie ist vergleichsweise häufiger chronisch oder chronisch-progredient mit ständiger zumindest ambulanter Behandlungsbedürftigkeit und längerer durchschnittlicher Gesamthospitalisierungsdauer.
- 4a) In der Zykllothymie bleibt es bei einer erhaltenen Wertschätzung kernhafter Bereiche der Persönlichkeit des Kranken durch die Angehörigen. Die Angehörigen fühlen sich durch den Kranken nicht gefährdet.
- b) Bei Schizophrenen besteht oft eine Kühle und Distanz im Verhältnis zwischen dem kranken und dem gesunden Ehepartner. Manche Angehörige haben bei einer Wohngemeinschaft Angst vor Zwischenfällen.
- 5a) Die Zykllothymen wissen in der Regel um die Intaktheit ihrer Familie.
- b) Nur bei häufigen Rezidiven spüren die Kranken eine Distanzierung des Partners, oft unter der Maske der "Schonung". Der Kranke fühlt sich dann eher von einer Mitsprache in Familienbelangen ausgeschlossen.
- c) Die Schizophrenen spüren in der Mehrzahl Allein- und Verlassensein, fehlende Zuneigung, Abweisung oder Unterdrückung.
- 6) Die Situation des Zykllothymen wie des Schizophrenen gleichermaßen wird verschlechtert durch niedriges Persönlichkeitsniveau der Angehörigen. Kranke in einfach strukturierten kleinen Dorfgemeinschaften haben es besonders schwer.

- 7a) Trotz momentan erschwelter Kommunikation ist die Verständigungsmöglichkeit mit dem Zykllothymen zumindest als Potenz erhalten. Seine Handlungen haben einen für andere vergleichsweise verstehbaren Ursprung.
- b) Die Wahnsysteme des Schizophrenen sind uneinfühlbarer, Verschrobenheiten der Denk- und Sprechweise bewirken eine Distanzierung der Umgebung.
- 8a) Die hohe Penetranz der zykllothymen Depression bewirkt, daß die Angehörigen die aktuelle Insuffizienz des Kranken intensiv registrieren. Es wird aber auch die Besserung nach Teil- oder Vollremission wahrgenommen und anerkannt. Die negative Beurteilung ist nur eine vorübergehende.
- b) Demgegenüber kommt es zwischen Schizophrenen und ihren Angehörigen zu einer nachhaltigeren Erosion der Beziehungen bei ungünstigem Verlauf der Erkrankung, obwohl die aktuelle bessere Beurteilung auf eine geringere augenblickliche Penetranz der Erkrankung schließen läßt, sieht man von einer vergleichsweise günstigeren Beurteilung des Kranken durch seine Eltern ab.
- 9) Psychopathologische Gemeinsamkeiten innerhalb beider Formenkreise endogener Psychosen führen zu einigen Gemeinsamkeiten im Bild, das die Angehörigen von den Zykllothymen und Schizophrenen haben. Das gilt für die Affektivität und den Antrieb.
- 10a) Flachere zykllothyme Phasen führen eher dazu, daß die momentane Insuffizienz von der Umgebung toleriert wird.
- b) Größere Depressionstiefe der Zykllothymie führt eher zu dem ungerechten Vorwurf durch die Angehörigen, die Kranken könnten sich mit etwas mehr gutem Willen doch etwas besser zusammennehmen.

- 11) Bei chronischen Verläufen kommt es zu einer Umorientierung der Einstellungen des Zykllothymen. Reale Aufgaben verlieren an Bedeutung zugunsten ethischer Kategorien; Vorstellungen und Pläne ersetzen die Erfüllung konkreter Pflichten.
- 12) Ein bei dem gesunden Angehörigen bereits aus der frühen Jugend herrührendes stereotypes Vorurteil gegen psychisch Kranke wird auch dem Zykllothymen entgegengebracht, obwohl dieses teilweise in direktem Widerspruch steht zu den konkreten Erfahrungen mit dem Depressiven.
- 13a) Der Zykllothyme zeigt in der abklingenden Phase eine Tendenz zu einer vorübergehenden Isolation, wobei er sich in Anpassung an die Restinsuffizienz selbst zurückzieht.
- b) Der Schizophrene gerät schon nach der Ersterkrankung in eine zunehmende Vereinsamung, wobei der Kranke Abweisung und fehlende Zuneigung der Bezugspersonen spürt.
- 14a) Beim Zykllothymen verhindert ein passives Ausweichen gegenüber Konflikten die offene Konfrontation.
- b) Demgegenüber hat der Schizophrene eher eine kritisch-vorwurfsvolle Haltung gegenüber den Angehörigen, die eher Konfliktstoff bietet.
- 15a) Die therapeutischen Möglichkeiten bei der Zykllothymie sind trotz aller Fortschritte dennoch insbesondere bei chronifizierten Verläufen oder häufigen Rezidiven begrenzt.
- b) Im Vergleich dazu steht für die Schizophrenie ein breites Spektrum verschieden potenter Neuroleptika zur Verfügung.

Für die praktische klinische Tätigkeit ergeben sich aus diesen Feststellungen einige Gesichtspunkte. Man sollte sich nicht auf die Registrierung des "thymoleptischen Effektes" am Kranken beschränken. Man sollte den Kranken in der ausklingenden Phase, besonders nach probeweisen Wochenendbeurlaubungen, nach Konfliktstoff, Erlebnissen und Reaktionen auf Belastungen fragen. Man sollte in regelmäßigen Gesprächen mit den Angehörigen die familiäre Situation und die Position des Kranken klären. Man sollte Aktivitäten und Belastungen vermeiden, wo sie verfrüht sind, aber anregen, wo sie vom Zustand her wieder angemessen sind. In manchen Fällen wird man dann sogar Suizidprophylaxe betreiben, da ja nicht nur in der beginnenden, sondern auch in der ausklingenden Phase diese Gefährdung besonders groß ist. Man sollte Angehörige und Kranke aufklären, welche Bereiche der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen trotz der Erkrankung intakt bleiben. Man sollte zu verhindern suchen, daß dem Kranken in Verkennung seines Zustandes eine Reihe typischer Vorwürfe gemacht wird. Man sollte die stationäre Behandlung trotz aller therapeutischer Fortschritte nicht zu kurz bemessen. In der ambulanten Nachbehandlungsphase sollte auch auf die auf den ersten Blick nur schwer erkennbaren Restinsuffizienzsymptome geachtet werden, die weiter ausreichend thymoleptisch behandelt werden müssen. Man sollte schließlich in ermutigenden Gesprächen mit Kranken und Angehörigen Verlaufseigentümlichkeiten, Erscheinungsbild und sozialpsychiatrische Komplikationen der Zykllothymie darlegen unter Hinweis auf Unterschiede zu endogenen Psychosen mit ungünstigerer sozialpsychiatrischer Prognose.

VII. Zusammenfassung

=====

Mit dieser Untersuchung wurde die Absicht verfolgt, einen Beitrag zur bisher unzureichend erforschten Sozialpsychiatrie der zyklithymen Depression zu liefern. Das Hauptaugenmerk galt dem Verlauf und der Prognose der Beziehungen zwischen Kranken und Angehörigen. Mit einer gleichrangigen Einbeziehung der Angehörigen in die Untersuchung konnten neue Informationen gewonnen werden, die die übliche klinisch-patientenzentrierte Methodik nicht liefert. Klinische Psychopathologie, Familiensoziologie und Statistik wurden miteinander verbunden. Klassische und neuere psychiatrische Untersuchungsmethoden wurden auf diese Weise vereint. Der erstmalige Versuch einer geschlossenen Darstellung der Sozialpsychopathologie der zyklithymen Depression, ein soziologisches Schichtmodell der interpersonellen Beziehungen und statistische Ergebnisse der Faktorenanalysen ergänzten sich, ohne daß Widersprüche aufgetreten sind. Die Ergebnisse der 60 zyklithym Depressiven und ihrer 60 Angehörigen wurden verglichen mit den bei 30 Schizophrenen und ihren 30 Angehörigen erhobenen Befunden. Dadurch gelang die Herausarbeitung von für die Zyklithymie spezifischen sozialpsychiatrischen Aussagen, die durch Vergleiche mit der neueren sozialpsychiatrischen Literatur abgesichert wurden. Die Ergebnisse für die Zyklithymie wurden unter Bezugnahme auf die Situation des Schizophrenen unter prognostischen Gesichtspunkten regelhaft zusammengefaßt unter Einbeziehung praktischer Auswirkungen auf die klinische und ambulante Betreuung dieser Kranken.

VIII. Literatur

=====

BAER, R.: Schizophrenietypologie in strukturpsychiatrischer Sicht. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 24 (1972), 326

BAER, R., S. LEHRL: Zykllothyme und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Ein Beitrag zur Sozialpsychiatrie der Zykllothymie. Int. Pharmacopsychiat. 8 (1973), 116

BECK, A.T., C.H. WARD, M. MENDELSON, J. MOCK, J. ERBAUGH: An Inventory for Measuring Depression. Arch. gen. Psychiat. 4 (1961), 561

BOCHNIK, H.J.: Multifaktorielle statistische Analysen, Verbundforschung und Klinikorganisation. Nervenarzt 34 (1963), 430

BOCHNIK, H.J., F. AKSOY, P. BARRIOS et al.: Ein Analysemodell für klinische Verbundforschung. Multifaktorielle Untersuchung der Pyridithioxinwirkung nach Schlafentzug bei gesunden Studenten. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1964), 400

BOCHNIK, H.J., H. LEGEWIE: Multifaktorielle klinische Forschung. Statistische Methoden mit einer Faktorenanalyse bei progressiver Paralyse. Enke, Stuttgart 1964.

BOCHNIK, H.J., H. LEGEWIE, P. OTTO, G. WÜSTER: Tat, Täter, Zurechnungsfähigkeit. Multifaktorielle Analysen psychiatrisch-kriminologischer Erfahrungen. Enke, Stuttgart 1965.

ENGELMEIER, M.-P.: Der Aufbau des Erlebnissfeldes im Lichte psychiatrisch-pharmakotherapeutischer Erfahrungen. In: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie, Thieme, Stuttgart 1967.

GLATZEL, J.: Gestaltwandel depressiven Wahns. Rollentheoretische Überlegungen zum depressiven Wahn. In: Gestaltwandel psychiatrischer Krankheitsbilder. Schattauer, Stuttgart-New York 1973.

GLATZEL, J.: Endogene Depression. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklothymer Verstimmungen. Thieme, Stuttgart 1973.

HÄBERL, P.: Schizophrenie und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.

HASELOFF, O.W., H.-J. HOFFMANN: Kleines Lehrbuch der Statistik. Walter de Gruyter, Berlin 1970.

HEISCHMANN, H.: Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch endogene Psychosen. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.

HIPPIUS, H., H. SELBACH (Hsg.): Das depressive Syndrom. Urban und Schwarzenberg, München 1969.

HOFSTÄTTER, P.R.: Psychologie. Fischer, Frankfurt 1957.

HOFSTÄTTER, P.R.: Gruppendynamik. Kritik der Massenpsychologie. Rowohlt, Hamburg 1957.

HOFSTÄTTER, P.R.: Faktorenanalyse. In: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 1, hsg. von R. König. Enke, Stuttgart 1967.

HOMANS, G.C.: A Theory of Social Interaction. In: Transactions of the Fifth World Congress. 4 (1964).

HOTELLING, H.: Analysis of a complex of statistical variables into principal components. J. educ. Psychol. 24 (1933), 417

HUHN, A., F. BÖCKER: Über Verlauf und Prognose zyklotyper Depressionen im höheren Lebensalter. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Enke, Stuttgart 1967.

IRLE, G.: Probleme der Wiedereingliederung des gebesserten psychisch Kranken in Familie und Beruf. In: Das ärztliche Gespräch, Heft 6, Tropon-Werke, Köln 1967.

IRLE, G., N. PÖRKSEN: Soziale Integration bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen aus eigener Sicht. Teil I und II. Nervenarzt 42 (1971), 466 u. 516

JAECKEL, M., St. WIESER: Studien zur "unsichtbaren Schranke" bei psychisch Kranken. Social Psychiatry 2 (1967), 100

JAECKEL, M., St. WIESER: Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit. Thieme, Stuttgart 1970.

JANZARIK, W.: Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits-eigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahns. Arch. Psychiat. Nervenkr. 195 (1956), 219

JANZARIK, W.: Die cyclothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. Schweiz. Arch. Neurol. 80 (1957), 173

JANZARIK, W.: Das depressive Syndrom, strukturdynamisch gesehen. In: Das depressive Syndrom, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.

JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, 8. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1965.

KAESTNER, G.: Das Wertverhalten der cyclothym Depressiven. In: Festschrift für Kurt Schneider, Scherer, Willsbach und Heidelberg 1947.

KAISER, H.F.: The Varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika 23 (1958), 187

KLUGE, E.: Erfahrungen bei der Behandlung entlassener Anstaltspatienten in der nervenärztlichen Praxis. In: Der entlassene Anstaltspatient in der psychiatrischen Rehabilitation. Alma-Mater-Verlag, Konstanz 1967.

KÖNIG, R.: Soziologie. Fischer, Frankfurt 1957.

KÖNIG, R.: Soziologie der Familie. In: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 2, Enke, Stuttgart 1969.

KRANZ, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Fortschr. Neurol. 23 (1955), 58

KRANZ, H.: Depressiver Autismus. In: Das depressive Syndrom, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.

KRUEGER, F.: Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1953.

LAUTER, H.: Selbstschilderung einer Schwermütigen. Ein Beitrag zur Religionspsychopathologie. Confin. psychiat. (Basel) 4 (1961), 45

MEDOW, W.: Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose (erstarrende Rückbildungsdepression). Arch. Psychiat. 64 (1922), 480

MICHAELIS, R., P. HORSTMANN: Depression und Beruf. Ein sozialer Aspekt der endogenen Depression. Med. Welt 23 (1972), 1200

MÜHLBERG, W.: Die Erfassung psychischer Störungen durch Angehörige. Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.

NUNNALLY, J.C.: Popular conceptions of mental health. New York, Holt, Rinehart u. Winston 1961.

OSGOOD, C.E., G.J. SUCI, P.H. TANNENBAUM: The Measurement of Meaning. Urbana (Ill.) 1957.

PETERS, U.H., A. GLÜCK: Die Problematik der ausklingenden depressiven Phase. Nervenarzt 43 (1972), 505

PETERS, U.H., A. GLÜCK: Die Persönlichkeit am Ende der depressiven Phase. Beobachtungen nach Ausklingen endogen depressiver Phasen. Nervenarzt 44 (1973), 14

PETRILOWITSCH, N.: Zur Strukturtheorie der endogenen Psychosen. Schweizer Arch. Neurol. Psychiat. 81 (1958), 322

PETRILOWITSCH, N.: Zur Klinik und nosologischen Stellung der "erstarrenden Rückbildungsdepression". Ein Beitrag zur mehrdimensionalen Diagnostik präseniler Psychosen. Arch. Psychiat.

PETRILOWITSCH, N.: Über die Bedeutung der psychiatrischen Pharmakotherapie für die Sozialpsychiatrie. Int. Pharmacopsychiat. 1 (1968), 56

PETRILOWITSCH, N.: Pharmakotherapeutischer Effekt und sozialpsychiatrische Aufgabenstellung. In: Das ärztliche Gespräch, Heft 8, Tropon-Werke, Köln 1968.

PETRILOWITSCH, N.: Auswirkungen der Pharmakotherapie auf depressives Schulderleben. In: Das depressive Syndrom, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.

PETRILOWITSCH, N.: Insuffizienz-Syndrome bei abklingenden schizophrenen und zylothymen Psychosen. In: Schizophrenie und Zylothymie. Ergebnisse und Probleme, Thieme, Stuttgart 1969.

PETRILOWITSCH, N., R. BAER: Zylothymie 1964-1969. Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970), 601

PÜDLINGER, W., P. BLASER, A. GEHRING: Zur Quantifizierung psychopathologischer und somatischer Symptome bei depressiven Verstimmungszuständen. In: Das depressive Syndrom, Urban u. Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1969.

SCHEID, W.: Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. Z. ges. Neur. u. Psychiat. 150 (1934), 528

SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 1, Enke, Stuttgart 1967.

SCHEUCH, E.K., Th. KUTSCH: Grundbegriffe der Soziologie. 1. Grundlegung und Elementare Phänomene, Teubner, Stuttgart 1972.

SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, 10. unveränd. Aufl., Thieme, Stuttgart 1973.

SCHULTE, W.: Die Reaktionsweisen der gesunden Umwelt auf einzelne seelische Krankheiten. Nervenarzt 28 (1957), 509

SCHULTE, W.: Die gesunde Umwelt in ihrer Reaktion auf Psychosen und Psychopathien. In: Psychiatrie und Gesellschaft. Huber, Bern und Stuttgart 1958.

SCHULTE, W.: Klinische Erfahrungen über das Herausgeraten aus der melancholischen Phase. In: Das depressive Syndrom. Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.

SCHULTE, W.: Über die Bedeutung des klinischen Details: Protrahiertes Herausgeraten aus melancholischen Phasen. In: Psychiatrie im Übergang. Thieme, Stuttgart 1969.

SHIMODA, M.: Über den prämorbidem Charakter des M.D.J.
Psychiat. Neurol. Jap. 45 (1941), 101

SPIEGELBERG, U., B. BETZ: Sozial- und Erlebnisfeld bei
Neurosen und Psychosen. Z. Psychother. med. Psychol. 20
(1970), 199

STÜRRING, G.E.: Das Antriebserleben bei der manisch-depressiven Erkrankung. In: Vitalität, Enke, Stuttgart 1968.

STROTZKA, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Rowohlt, Reinbek 1965.

TELLENBACH, H.: Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1961.

TELLENBACH, H.: Zur Freilegung des melancholischen Typus im Rahmen einer kinetischen Typologie. In: Das depressive Syndrom, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1969.

UBERLA, K.: Faktorenanalyse, 2. Aufl., Springer, Berlin 1971.

WEBER, E.: Grundriß der biologischen Statistik, 6. Aufl., Fischer, Stuttgart 1967.

WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß, 3. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973.

WELLEK, A.: Die Polarität im Aufbau des Charakters. 2. Aufl., Franke, Bern-München 1959.

WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1967.

WIECK, H.H.: Der Situationsbegriff in der Psychiatrie. In: Situation und Persönlichkeit in Diagnostik und Therapie, Karger, Basel, New York 1968.

WIECK, H.H., B. HEERKLOTZ: Eigenbeurteilung der Provokation durch situative Faktoren bei zyklischen depressiven Patienten. In: Probleme der Provokation depressiver Psychosen. Internationales Symposium, Graz 1971.

WIESER, St.: Sozialprozesse bei chronisch psychischen Kranken und zur Frage der Rehabilitation. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen, Enke, Stuttgart 1967.

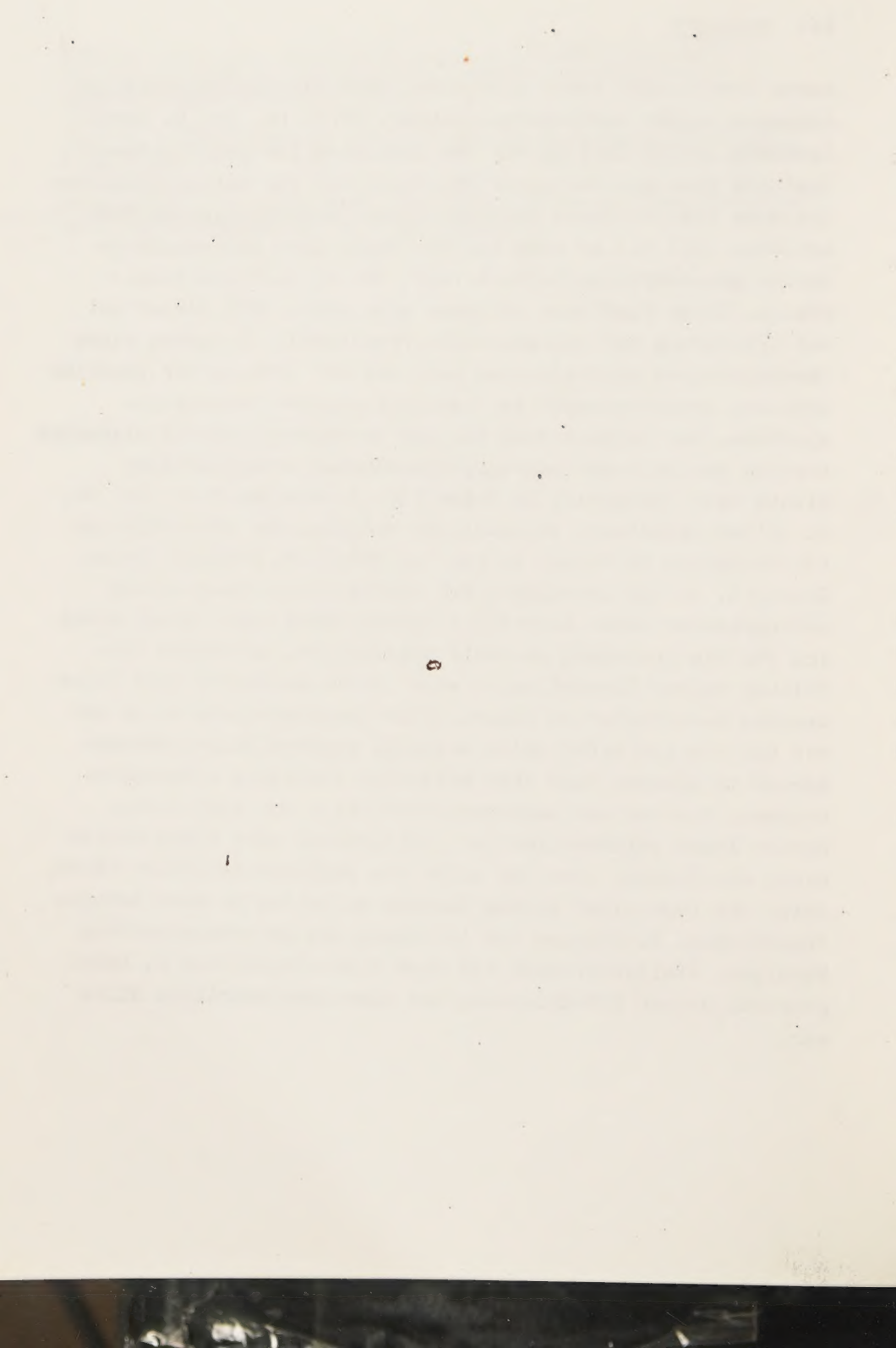
WIESER, St.: Über den Defekt bei phasischen Psychosen.
In: Das depressive Syndrom, Urban und Schwarzenberg,
München, Berlin, Wien 1969.

ZEH, W.: Altersfärbung cyclothymen Phasen. Nervenarzt 28
(1957), 542

ZEILINGER, G.: Zykllothyme und Schizophrene am Arbeitsplatz.
Med. Diss. Erlangen, in Vorbereitung.

IX. Nachwort

Diese Arbeit wäre nicht entstanden ohne die vielfältigen Anregungen meiner akademischen Lehrer. Prof. Dr. Dr. N. Petri-lowitsch hat ab 1962 in mir das Interesse für psychopathologische Probleme endogener Psychosen und für pathocharakterologische Zusammenhänge geweckt. Schon lange vor seinem Tode im Jahre 1970 hat er mich auf die neuartigen Gedankengänge meines gegenwärtigen Lehrers Prof. Dr. H. H. Wieck hingewiesen. Diese Einflüsse schlugen sich schon früh nieder bei der Erörterung der Anlage-Umwelt-Problematik im Rahmen eines Psychopathie-Sammelreferates oder bei der Ordnung der psychiatrischen Erscheinungsweisen hypoglykämischer Durchgangssyndrome. Der Vorbereitung auf die besonderen quantifizierenden Aspekte des Erlanger neuropsychiatrischen Arbeitskreises diente mein Aufenthalt im Jahre 1971 in dem von Prof. Dr. Dr. S. Koller geleiteten Institut für medizinische Statistik und Dokumentation in Mainz, wo ich von Prof. Dr. Horbach, jetzt Erlangen, in die Grundlagen der statistischen Bearbeitung umfangreicher Daten eingeführt wurde. Herrn Prof. Wieck danke ich für die großzügig gewährte Möglichkeit, in freier Entfaltung meiner Vorstellungen eine sozialpsychiatrische Untersuchung durchführen zu können. Eine unentbehrliche Hilfe war mir die von ihm vermittelte Haltung, neueren Zeitströmungen gerade in unserem Fach jene kritische Würdigung entgegenzubringen, die aus der besonderen Situation der Psychiatrie heraus immer erforderlich ist. Schließlich wäre diese Arbeit nicht entstanden, wenn ich nicht die Möglichkeit gehabt hätte, unter dem Dach einer Klinik Kontakt zu halten zu dort tätigen Psychologen, Soziologen und im Umgang mit Datenverarbeitung Kundigen. Stellvertretend sei Herr Dipl.-Psychologe S. Lehl genannt, dessen EDV-Erfahrung mir eine unentbehrliche Hilfe war.



Thieme Copythek ermöglicht Kleinstauflagen und kurzfristige Nachdrucke. Thieme Copythek vervielfältigt Reinmanuskripte mit Tabellen, Strichzeichnungen und sogar Fotos. Thieme Copythek verzichtet auf äußere Aufmachung – aber nicht auf Qualität des Inhalts. Copythek-Ausgaben können deshalb zu Preisen angeboten werden, die bei konventionell produzierten Büchern nur durch Großauflagen erreichbar sind. Thieme Copythek verbindet verlegerische Sorgfalt mit Tempo und Preisvorteil, damit auch kleinste Interessentenkreise der medizinischen Wissenschaft nicht länger auf wichtige Spezialmonographien verzichten müssen.